



KLS

Formação integral em saúde

Formação integral em saúde

Simone Nunes Pinto

© 2016 por Editora e Distribuidora Educacional S.A.
Todos os direitos reservados. Nenhuma parte desta publicação poderá ser reproduzida ou transmitida de qualquer modo ou por qualquer outro meio, eletrônico ou mecânico, incluindo fotocópia, gravação ou qualquer outro tipo de sistema de armazenamento e transmissão de informação, sem prévia autorização, por escrito, da Editora e Distribuidora Educacional S.A.

Presidente

Rodrigo Galindo

Vice-Presidente Acadêmico de Graduação

Mário Ghio Júnior

Conselho Acadêmico

Dieter S. S. Paiva
Camila Cardoso Rotella
Emanuel Santana
Alberto S. Santana
Regina Cláudia da Silva Fiorin
Cristiane Lisandra Danna
Danielly Nunes Andrade Noé

Parecerista

Paulo Heraldo Costa do Valle

Editoração

Emanuel Santana
Cristiane Lisandra Danna
André Augusto de Andrade Ramos
Daniel Roggeri Rosa
Adilson Braga Fontes
Diogo Ribeiro Garcia
eGTB Editora

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Pinto, Simone Nunes
P659f Formação integral em saúde / Simone Nunes Pinto. –
Londrina : Editora e Distribuidora Educacional S.A., 2016.
200 p.

ISBN 978-85-8482-348-2

1. Saúde pública. 2. Política de saúde. 3. Sistema Único de Saúde (Brasil). I. Título.

CDD 363.109

2016
Editora e Distribuidora Educacional S.A.
Avenida Paris, 675 – Parque Residencial João Piza
CEP: 86041-100 – Londrina – PR
e-mail: editora.educacional@kroton.com.br
Homepage: <http://www.kroton.com.br/>

Sumário

Unidade 1 As bases da saúde coletiva	7
Seção 1.1 - Introdução à saúde coletiva	9
Seção 1.2 - Modelos explicativos sobre saúde e doença	21
Seção 1.3 - Promoção de saúde e prevenção de doença	33
Seção 1.4 - Educação em saúde	45
Unidade 2 Bases legais e históricas do Sistema Único de Saúde	59
Seção 2.1 - História da Saúde no Brasil	61
Seção 2.2 - Sistema Único de Saúde – Princípios Doutrinários	73
Seção 2.3 - SUS – Princípios Organizativos	83
Seção 2.4 - Políticas Públicas em Saúde	93
Unidade 3 Modelo Assistencial no Brasil	105
Seção 3.1 - Princípios da Estratégia da Saúde da Família	107
Seção 3.2 - Impacto da Estratégia da Saúde da Família no Brasil	117
Seção 3.3 - Evolução do SUS - 25 anos	127
Seção 3.4 - Modelos assistenciais adotados por outros países	137
Unidade 4 Planejamento de saúde no sistema único de saúde (SUS)	149
Seção 3.1 - Planejamento de saúde no sistema único de saúde (SUS)	151
Seção 3.2 - Utilização do planejamento na programação de Saúde	163
Seção 3.3 - Planos nacional e municipal de saúde	175
Seção 3.4 - Elaboração de plano de ação	185

Palavras do autor

Prezado aluno,

Vamos falar sobre Saúde Coletiva, seus conceitos, campos de saberes e práticas que refletem um novo modo de pensar, planejar e atuar na saúde.

Tenho certeza de que você está preparado para ingressar nessa nova proposta de estudo e que ao final deste livro será proporcionada a você uma quantidade imensa de informações que serão fundamentais para a sua vida profissional.

Serão trabalhados os conceitos da Saúde Coletiva e Saúde Pública, sua construção e o novo conceito ampliado de saúde que refletirá num novo modo de entender o processo saúde e doença e novas abordagens na prática de saúde.

Você poderá entender a história do sistema de saúde brasileiro e a construção do Sistema Único de Saúde, seus princípios e as bases legais que normatizam e fundamentam a assistência à saúde.

Será apresentada a Atenção Primária em Saúde, seus conceitos, organização e a atuação dos profissionais de saúde neste modelo de Atenção e Assistência à Saúde.

Será abordado o Planejamento Estratégico de Saúde, os métodos a serem empregados que possibilitam a elaboração e gerenciamento de ações em saúde em nível municipal e nacional.

Os conhecimentos e reflexões propostos aqui serão úteis para a compreensão do Sistema Único de Saúde, as práticas adotadas no planejamento e na Assistência em Saúde.

Em cada aula você terá uma situação-problema para resolver, o que vai despertar o interesse em aprofundar conhecimentos e o auxiliará no desenvolvimento de competências, habilidades e atitudes fundamentais para a sua formação e atuação como profissional de saúde. Você está preparado? Pois agora é a sua vez.

Boa sorte!

Otimize o estudo

Vamos iniciar o estudo sobre as bases da Saúde Coletiva, seus conceitos, conhecimentos e abordagens que são fundamentais para a compreensão da atuação e planejamento da saúde.

Os conteúdos deste livro estão divididos em 4 Unidades da seguinte forma:

A Unidade de ensino 1 aborda as Bases da Saúde Coletiva, o novo conceito ampliado de saúde, os modelos explicativos do processo saúde e doença, os modelos de promoção de saúde e prevenção de doença e as necessidades de adequação na formação dos profissionais de saúde.

A Unidade de ensino 2 apresenta as Bases Legais e Históricas do Sistema Único de Saúde, os princípios do Sistema Único de Saúde, as leis e normas que fundamentam o planejamento e assistência em saúde.

A Unidade de ensino 3 aborda os Modelos Assistenciais em Saúde no Sistema Único de Saúde, o novo modelo de atenção primária à saúde, sua composição, organização e atuação dos profissionais de saúde.

A Unidade de ensino 4 estuda o Planejamento de Saúde no Sistema Único de Saúde, os conceitos, os níveis de planejamento e métodos de planejamento estratégico para a elaboração de ações estratégicas no nível municipal e nacional.

Este livro didático vai oferecer a você condições de autoestudo, dando autonomia na busca e aprofundamento dos conteúdos. Você vai determinar a sua disponibilidade e o melhor momento para estudar. O seu empenho será o diferencial em todo o seu aprendizado, pois todos os conteúdos são contextualizados por situações próximas da realidade profissional, através de relatos de vivências e exemplos do contexto profissional.

A utilização deste material vai proporcionar a você o desenvolvimento de competências e habilidades tais como autonomia, atenção à saúde, resolução de problemas, disciplina na organização do tempo e capacidade para pesquisa, habilidades importantes para sua atuação profissional.

AS BASES DA SAÚDE COLETIVA

Convite ao estudo

Nesta Unidade serão abordados os conceitos da Saúde Coletiva, Saúde Pública, sua diferenciação e sua construção histórica. Vamos apresentar as disciplinas que compõem seu campo de saberes e práticas, bem como o novo conceito ampliado de Saúde. A partir desses conhecimentos, ficará mais fácil entender o Sistema Único de Saúde, bem como as práticas de saúde adotadas.

Conhecer e atuar em atividades planejadas, criando condições de produzir mudanças de comportamento desejadas em relação a saúde.

Conhecer os conceitos de saúde coletiva e saúde pública e sua diferenciação.

Conhecer a construção histórica da saúde coletiva.

Conhecer os saberes e compõem práticas sociais e o conceito ampliado de saúde.

Em nosso dia a dia, muitas vezes nos deparamos com algumas situações que nos fazem refletir sobre as condições de saúde em nosso país. Você vai perceber que as situações vivenciadas durante esse percurso são fundamentais para o entendimento dos conceitos e conteúdos que serão abordados neste livro e que têm forte relação com a sua formação.

Convido você a pensar sobre isso. Preste atenção na situação a seguir:

Uma professora de um curso da área da saúde solicitou aos seus alunos que se dividissem em grupos e fizessem uma visita à Unidade Básica de Saúde Dom

Helder Câmara para que conhecessem as atividades desenvolvidas, como eram organizadas e os profissionais que trabalham nela. Em cada aula desta Unidade você vai acompanhar a história desses alunos em uma nova situação-problema e poderá encontrar respostas em todos os materiais que estão disponíveis a você, ou seja, o livro didático e a webaula.

Preparado? Então vamos começar. Boa sorte em todo o seu percurso.

Seção 1.1

Introdução à saúde coletiva

Diálogo aberto

Rafael, ao visitar a Unidade Básica de Saúde Dom Helder Câmara, observou no mural um cartaz que informava a data e o horário de reunião do Conselho Gestor Participativo da Unidade e ficou intrigado com o que seria esse Conselho, decidindo levar o questionamento para professora na aula seguinte.

A professora aproveitou o questionamento e disponibilizou materiais para leitura, falando para a turma: “a resposta à pergunta do Rafael está nestes materiais”. E acrescentou ainda: “desafio todos vocês a lerem e refletirem sobre essa pergunta e, na nossa próxima aula, iremos juntos discutir e responder as questões, combinado?”

Para responder a pergunta de Rafael sobre o que seria Conselho Gestor Participativo, será necessário estudar os Conceitos de Saúde Coletiva, o conceito ampliado de saúde e a relação dos conteúdos apresentados sobre a construção da Saúde Coletiva que estruturam as práticas em saúde hoje.

Ao final desta aula você está convidado a responder o questionamento de Rafael, que é o seguinte: O que é um Conselho Gestor Participativo, para quê e por que é realizado em uma Unidade Básica de Saúde?

Não pode faltar

Existem várias definições para a Saúde Coletiva e Saúde Pública, muitas vezes sem concordância entre os autores, pois esses termos foram modificando-se ao longo dos anos. Seguem as definições que são mais utilizadas atualmente:

Saúde coletiva

A Saúde Coletiva é um campo que reúne e produz conhecimentos sobre a saúde, estendendo a situação de saúde como um processo social, relacionado com a estrutura e organização da sociedade, dependente da época, do meio social,

cultural (das crenças religiosas e filosóficas). Fundamentada nesta concepção, elabora ações de atenção à saúde como práticas não apenas técnicas, mas também sociais.

Saúde pública

A Saúde Pública é a ciência e a arte de prevenir a doença, prolongar a vida, promover a saúde física e a eficiência através dos esforços da comunidade organizada para o saneamento do meio ambiente, o controle das infecções comunitárias, a educação dos indivíduos nos princípios de higiene pessoal, a organização dos serviços médicos e de enfermagem para o diagnóstico precoce e o tratamento preventivo da doença e o desenvolvimento da máquina social que assegurará a cada indivíduo na comunidade um padrão de vida adequado para a manutenção da saúde.

Diferenciações entre saúde pública e saúde coletiva

Segundo Souza (2015), existem muitas diferenças, como:

A Saúde Pública trabalha com os problemas de saúde, adotando indicadores de mortes, doenças, agravos e riscos na coletividade, ou seja, tendo como entendimento de saúde a ausência de doenças. Já a Saúde Coletiva, por sua vez, trabalha com as necessidades de saúde, ou seja, identificando, compreendendo todas as condições necessárias para ter saúde, em uma perspectiva não apenas preventiva da doença e de prolongar a vida, mas também para melhorar a qualidade de vida.

Outra diferença está nos meios e abordagens de trabalho:

A Saúde Pública tem por base a epidemiologia tradicional, o planejamento normativo, a administração científica e a concepção biologicista da saúde, desconsiderando as necessidades sociais. As ações se caracterizam por serem isoladas, como exemplo, as ações da Vigilância Epidemiológica e da Vigilância Sanitária ou o desenvolvimento de programas especiais, desarticulados das demais ações como o Programa Nacional de Imunização.

Já a Saúde Coletiva utiliza como instrumentos de trabalho a epidemiologia social ou crítica que, aliada às ciências sociais, prioriza o estudo da determinação social e das desigualdades em saúde, o planejamento estratégico e comunicativo e a gestão democrática. Além disso, incorpora os saberes científicos e populares para orientar suas ações de consciência sanitária e realizar as intervenções intersetoriais sobre os determinantes estruturais da saúde. Movimentos como promoção da saúde, cidades saudáveis, políticas públicas saudáveis, saúde em todas as políticas compõem as estratégias da Saúde Coletiva.

E as diferenças não param por aqui, na Saúde Pública os agentes, trabalhadores da Saúde Pública, assumem as tarefas do planejamento normativo, que definem objetivos e metas considerando apenas o ponto de vista do Estado. Já na Saúde Coletiva, cabe ao agente a responsabilidade pela direção do processo coletivo de trabalho, na busca e compreensão das necessidades de saúde, na organização e planejamento de ações para o atendimento das necessidades.

Ou seja, na Saúde Coletiva são utilizados no processo de trabalho meios para perceber e conhecer as necessidades de saúde de uma coletividade, a partir da escuta e participação de atores sociais (usuários, organizações sociais, trabalhadores da saúde), para de fato conhecer as relações sociais estabelecidas.



Exemplificando

Na Saúde Coletiva, as equipes de saúde da família (ESF) realizam visitas domiciliares, conhecendo as famílias presentes no território, sua realidade social e suas necessidades. Elas fazem o cadastramento das famílias, esses dados, além de servirem para a formação de vínculo com as equipes de saúde de acompanhamento situacional das famílias, auxiliam também no planejamento de projetos terapêuticos e atuam como fonte para vários tipos de pesquisas, para órgãos governamentais, para as comunidades acadêmicas.

Para a Saúde Pública, o estado é capaz por si só de realizar a prevenção de doenças, já para a Saúde Coletiva, além do estado, existe a sociedade civil e outros poderes, instituições e organizações não governamentais, que devem atuar para democratizar a saúde.

A construção da saúde coletiva

A Saúde Coletiva nasceu da reflexão e crítica ao modelo biologicista e ao modelo de práticas adotadas na Saúde Pública instituída, baseado na especialização, na fragmentação do conhecimento e na visão da doença como fenômeno estritamente biológico.

O campo da Saúde Coletiva surgiu na América Latina a partir da segunda metade da década de 1950. No Brasil, sua trajetória se dá de maneira bastante específica e foi antecedida por dois movimentos distintos, a medicina preventiva e a medicina social, que surgiram na Europa.

Existem duas fases que antecederam a Saúde Coletiva, que foram: Fase Preventivista e Fase Medicina Preventiva Social.

Fase preventivista

A Medicina Preventiva surgiu de um projeto preventivista latino-americano, que se originou na década de 50, com a crise de uma medicina biologicista.

Em razão do modelo biologicista, centrado na cura, foram realizadas mudanças na grade curricular no curso de medicina, com adoção de disciplinas e temas associados à epidemiologia, ciências da conduta, administração de serviços de saúde e bioestatística. Procurava-se, dessa forma, ao criticar o modelo biologicista do ensino, caracterizado por práticas médicas individuais e curativas centradas no hospital, não somente introduzir outros conhecimentos, mas possibilitar uma compreensão mais completa do indivíduo, dando origem à integração biopsicossocial e ao modelo da medicina integral, e ênfase na medicina da família e da comunidade.



Vocabulário

Intersetorial – É a articulação com as políticas de educação, assistência, habitação, trabalho, além da readequação dos serviços profissionais e das instituições de saúde.

Biologicista – Modelo unicausal da doença, tendo como fator causal da doença apenas por aspectos biológicos.

Fase medicina preventiva social

A medicina social surgiu em meados do século XIX, quando médicos, filósofos e pensadores passaram a admitir o caráter social da medicina e da doença.

Nesse momento, alguns fundamentos passam a ganhar força, mudando a maneira de se analisar as concepções de saúde. Assim, tanto os aspectos sociais quanto os econômicos passam a ter impacto decisivo sobre as condições de saúde e doença da população e que, portanto, devem ser considerados.

No Brasil, surgiu em meados da década de 60, com a necessidade de que fossem realizadas reformas na medicina, uma vez que os profissionais médicos já estavam sendo formados para ver seu paciente de forma integral e, ainda assim, não se observava mudanças na prática.

A medicina social estuda as práticas e os conhecimentos relacionados com a saúde e a sociedade, bem como as formas correntes de interpretação dos problemas de saúde e da prática médica.

Fase da saúde coletiva

Surgiu no final dos anos 70, como uma crítica às práticas de saúde que separavam ações preventivas e curativas, a abordagem prescritiva da medicina, que desconsiderava as condições sociais e políticas que estavam intimamente relacionadas com as condições de vida e da forma como eram instituídas as práticas em saúde.

Alguns eventos históricos impulsionaram o nascimento da Saúde Coletiva, trazendo mudanças não apenas na formação dos profissionais, mas também das práticas.

A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde formulou a Declaração de Alma-Ata em 1978, que convidava todos os governos e trabalhadores da saúde para promover a saúde de todos os povos do mundo. A Declaração de Alma-Ata defendia a saúde como um direito humano fundamental e que é direito e dever dos povos participar individualmente e coletivamente no planejamento e execução de seus cuidados de saúde.

Nesse período, a América Latina apresentava um perfil de adoecimento e morte que era um dos piores do mundo, com problemas de saúde como: desnutrição, acidentes de trabalho e doenças crônico-degenerativas.

No Brasil, a década de 70 foi marcada por constantes debates sobre as relações de saúde e sociedade, a piora dos indicadores econômicos, sociais e de saúde decorrentes diante do poder político autoritário.

O cenário político-econômico e sanitário brasileiro, com forte repressão política, e a piora crescente nos indicadores socioeconômicos e de saúde colocavam sob suspeita um modelo de Saúde Pública desenvolvimentista. Diante desse contexto, crescia o desejo de mudanças, no entendimento da saúde, com um referencial político e social que pudesse trazer novas políticas e práticas no campo da saúde.

Portanto, a Saúde Coletiva tem sua história sendo construída nas discussões em torno da Reforma Sanitária Brasileira ocorrida na década de 80. Temos que entendê-la como um campo de conhecimentos e práticas, que nasceu de um movimento ideológico e político em meio à luta pela democratização do país.

Dessa forma, a Saúde Coletiva surgiu da crítica ao modelo biologicista do conhecimento e das práticas adotadas no planejamento e assistência em saúde.



Refleta

Vamos refletir um pouco sobre a construção da Saúde Coletiva e citar resumidamente a seguir os diferentes aspectos históricos, sociais, políticos e técnicos que impulsionaram o surgimento da Saúde Coletiva.

A Saúde Coletiva foi impulsionada por:

- Movimentos sociais e mudanças históricas das sociedades;
- Políticas públicas e organização corporativa;
- Corpo de conhecimentos e instrumentos técnicos.

Ao analisar a trajetória da Saúde Coletiva, pudemos observar que diferentes aspectos – sociais, econômicos e políticos – influenciaram a medicina e suas práticas, que deram origem ao movimento sanitário e à Saúde Coletiva.

Saúde coletiva e seus campos de saberes e práticas

Apesar da multiplicidade de conhecimentos disciplinares que compõem o campo de saberes, a epidemiologia, as ciências sociais, as ciências humanas e a política e planejamento são consideradas os alicerces da Saúde Coletiva.

A epidemiologia estuda o processo saúde e doença, a distribuição e os determinantes de estados e eventos relacionados à saúde em populações definidas e a aplicação deste conhecimento para a resolução dos problemas de saúde.

A epidemiologia traz importantes contribuições para o planejamento de práticas e avaliação de ações em saúde. Associada às ciências sociais, contribui para o estudo demográfico, da geografia, colaborando na compreensão e estabelecimento do diagnóstico situacional de saúde.

As ciências sociais e humanas (antropologia, sociologia, filosofia, economia, política, ética) foram se consolidando como fundamentais para a compreensão dos processos da vida, do trabalho, do adoecer, da morte, assim como dos cuidados aos pacientes, familiares e a relação profissional.

Alguns autores afirmam que a Saúde Coletiva, ao introduzir as ciências humanas no campo da saúde, possibilitou não apenas a compreensão do adoecimento, mas a construção de novas práticas, que preconizam a escuta e o diálogo, tornando-se possível pelo fato de essas disciplinas possuírem a capacidade de interligar diferentes processos relacionados aos aspectos do corpo biológico a aspectos socioculturais.

É estreito o relacionamento das políticas com o planejamento, este último constitui-se de aspectos técnicos operacionais, mas é imprescindível atentar para seu caráter político.



Faça você mesmo

A Saúde Coletiva fundamenta-se na interdisciplinaridade como facilitadora da construção de um conhecimento ampliado da saúde e não apenas como uma disciplina científica ou especialidade médica.

Tem como objeto de estudo a avaliação e transformação da realidade de saúde, com foco na promoção de saúde, na defesa da vida e da qualidade de vida.

Enquanto a Saúde Pública utiliza-se dos conhecimentos_____ e tem como objeto de estudo e trabalho_____.

Segundo Nunes (1994), nesse campo de saberes e práticas há um novo olhar e conformação sobre o coletivo, em que ele irá se impor na assistência curativa e preventiva, uma vez que as práticas de saúde se dão por meio da compreensão do coletivo e na coletividade.

Para a compreensão do coletivo, há necessidade de conhecimentos e especificidades próprias, tanto para sua quantificação, como para a sua explicação. O coletivo é dinâmico, produto das relações sociais que, ao se submeterem às regras da coletividade, os indivíduos se submetem ativamente.

Assim, a Saúde Coletiva, que teve suas origens pautadas no movimento preventivista e na medicina social, reformulou questões referentes à prevenção e à promoção da saúde.

Para Ceccim e Carvalho (2006), a Saúde Coletiva, para determinar suas intervenções e tomadas de decisões, faz análise segundo:

- As políticas (formas de distribuição do poder, eleição de prioridades, perspectivas de inclusão social e visão de saúde);
- As práticas (ações institucionais, profissionais e relacionais, permeabilidade às culturas, produção de conhecimento);
- As técnicas (organização e regulação dos recursos e processos produtivos);
- E os instrumentos (os meios para a intervenção).

As ações da Saúde Coletiva têm como eixo norteador as necessidades sociais em saúde e, nesse sentido, preocupam-se com a saúde do público, sejam indivíduos, grupos étnicos, gerações, classes sociais e populações, instigando uma maior e mais efetiva participação social.

Enquanto campo de práticas, a Saúde Coletiva propõe principalmente uma nova maneira de organizar os serviços de saúde, destacando a promoção da saúde para minimizar os riscos e agravos. Com caráter multiprofissional e interdisciplinar, busca a melhoria da qualidade de vida dos sujeitos.

Por fim, na Saúde Coletiva todas as práticas de saúde orientadas para os modos de viver, de maneira a melhorar as condições de existência das pessoas e coletividades, demarcam intervenção e possibilidades às transformações nos modos de viver, trabalham com promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos, ações de reabilitação psicossocial e proteção da cidadania, entre outras práticas de proteção e recuperação da saúde.

Autores defendem que dentre as práticas da Saúde Coletiva está a defesa da autonomia e da necessidade de fortalecimento de sujeitos, não somente em sua dimensão corporal, conforme a tradição da Saúde Pública (vacinas, por exemplo), mas também pensando como cidadãos de direito e como sujeitos críticos (capazes de reflexão e eleição mais autônoma dos modos de viver).

A saúde coletiva e o conceito ampliado de saúde

O conceito ampliado de saúde tem como fatores determinantes e condicionantes o meio físico (condições geográficas, água, alimentação e habitação), o meio socioeconômico e cultural (ocupação, renda e educação), os fatores biológicos (idade, sexo e herança genética), e a oportunidade de acesso aos serviços que visem à promoção, proteção e recuperação da saúde.

A Saúde Coletiva, como discutida anteriormente, estuda e avalia a situação de saúde, tendo por base um conjunto de bens que engloba alimentação, trabalho, educação, meio ambiente, saneamento básico, renda econômica, moradia, lazer, entre outros.



Pesquise mais

Para aprofundar o conhecimento sobre práticas em Saúde Coletiva e Conceito Ampliado de Saúde, leia o artigo **Participação da Comunidade na Saúde: A Vez e a Voz do Conselho Local**.

Disponível em: <<http://conferencia2012.redeunida.org.br/index.php/redeunida/ru10/paper/view/3312>>. Acesso em: 7 jun. 2015.

Sem medo de errar!



Atenção!

Preste atenção a todas as informações que foram abordadas sobre os meios de trabalho, campo de saberes e práticas da Saúde Coletiva.



Lembre-se

Além das informações que estão no livro didático e na webaula, você pode utilizar também algumas referências que vão ajudar você na resolução da situação-problema, como:

SOUZA, L. E. P. F. Saúde pública ou saúde coletiva? **Espaço para a Saúde**. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/espacoparasauade/article/viewFile/20686/pdf_53>. Acesso em: 7 jun. 2015.

CAMPOS, G. W. S. **Tratado de saúde coletiva**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2012.

O Conselho Gestor Participativo é o conselho de saúde local. Seus integrantes são representantes do governo, dos usuários, dos profissionais de saúde e dos prestadores de serviços e representantes de entidades.

O conselheiro representa o seu segmento (pode ser a comunidade ou trabalhadores) e manifesta as ideias e as demandas de seu grupo ou da instituição que ele representa, além de articular os interesses do conjunto dos usuários. Ao discutir, ele leva a opinião de uma parcela significativa da comunidade, pois não age em nome próprio.

Como representante, ele faz o elo entre o conselho e sua coletividade, esse trabalho é feito por meio de mobilização do segmento, reuniões, boletins informativos e consultas. Além de propor, discutir e definir questões, é fundamental que o conselheiro acompanhe a execução das decisões da política de saúde para que haja fiscalização e controle por parte da sociedade.

O representante é eleito por voto, exceto o representante do governo, que é designado para um mandato de dois anos, geralmente. A quantidade de conselheiros é definida pelo Conselho Nacional de Saúde ou na Conferência de Saúde, bem como a periodicidade de reuniões.

As reuniões são realizadas na Unidade Básica de Saúde, pois é um local público, de fácil acesso à coletividade e aos trabalhadores e usuários.

Avançando na prática

Pratique mais!	
Instrução Desafiamos você a praticar o que aprendeu, transferindo seus conhecimentos para novas situações que pode encontrar no ambiente de trabalho. Realize as atividades e depois as compare com as de seus colegas.	
"Entendendo a relação entre fatores socioeconômicos e saúde"	
1. Competência de Fundamentos de Área	Conhecer a saúde coletiva, refletir sobre sua relação com saberes e práticas dos profissionais de saúde.
2. Objetivos de aprendizagem	Criar condições didático-pedagógicas para que os alunos adquiram conhecimentos sobre a relação dos aspectos socioeconômicos nos saberes e na prática da saúde.
3. Conteúdos relacionados	Saúde Coletiva, meios de intervenção e abordagem utilizados na Saúde Coletiva, autonomia, promoção de saúde, condições de vida, qualidade de vida e intersetorialidade.
4. Descrição da SP	João e Marcelo, ao visitarem a Unidade Básica de Saúde Vida e Esperança, questionaram por que eles fazem a divulgação de cursos de capacitação para formação de babás e porteiros por meio da realização de uma Organização Não Governamental da região. Qual a relação dessas práticas de capacitação com uma Unidade Básica de Saúde?
5. Resolução da SP	Considerando que a Saúde Coletiva tem como premissa melhorar as condições de vida e o viver da população, e que o desemprego é um problema social que pode interferir negativamente na qualidade de vida, tendo relação com problemas de saúde, o profissional de saúde deve estar atento às necessidades da coletividade, deve planejar e/ou auxiliar no desenvolvimento de ações intersetoriais com organizações sociais locais (Organização Não Governamental, clube, igrejas, associações e sindicatos) que promovam a autonomia, melhorando as condições socioeconômicas das famílias por meio coletividade.

Faça valer a pena

1. O que é a Saúde Coletiva?

a) () É uma disciplina que tem como objeto de estudo promover a saúde e prevenir doenças erradicando-as por meio da higiene do ambiente.

b) () É uma disciplina que tem como objeto de estudo a promoção de saúde e prevenção de agravos por meio de estudos sobre os riscos de doenças presentes no nível da coletividade.

c) () É um campo de saberes e práticas que tem como objeto de estudo a saúde, entendendo a situação de saúde como um processo social, relacionado à estrutura da sociedade.

d) () É uma disciplina que se caracteriza por ter práticas multiprofissionais e que tem como objeto de estudo a prevenção da doença.

e) () É um campo de saberes e práticas que tem caráter multiprofissional e tem como objeto de estudo a saúde e prevenção de agravos por meio da higiene e fiscalização ambiental.

2. Qual é a diferenciação da Saúde Coletiva e da Saúde Pública?

a) () Uma utiliza meios e recursos do governo e a outra não.

b) () Enfoque utilizado no trabalho dos agentes de saúde e ao objeto de estudo.

c) () Meios e abordagens utilizadas nas práticas de saúde, bem como o enfoque coletivo.

d) () Meios e abordagens utilizadas nas práticas de saúde e a compreensão da saúde.

e) () Enquanto uma tem como objeto de estudo a saúde individual, a outra tem a saúde coletiva.

3. A Saúde Coletiva foi construída historicamente a partir de quando?

a) () A partir da reforma sanitária na década de 60.

b) () A partir da fase preventivista, na década de 50.

c) () A partir da fase preventivista e da medicina social na década de 80.

d) () A partir da medicina social na década de 50.

e) () A partir da fase preventivista e da medicina social na década de 70.

Seção 1.2

Modelos explicativos sobre saúde e doença

Diálogo aberto

Fernanda, ao apresentar o relatório da visita à Unidade Básica de Saúde Dom Helder Câmara para a professora e sua turma, comentou que ficou curiosa sobre o caso relatado de Dona Antonieta, usuária da unidade, diabética, que perdeu a visão e apresentava dificuldades na locomoção até a Unidade Básica de Saúde. Ela queria entender se a perda de visão e a dificuldade de locomoção eram decorrentes da diabetes.

A professora aproveitou a dúvida da aluna e disponibilizou materiais para leitura e falou para a turma: “a resposta à pergunta da Fernanda está nestes materiais”. E acrescentou: “desafio todos vocês a lerem os materiais e refletirem sobre esta dúvida e, na nossa próxima aula, iremos juntos discutir e responder a questão, combinado?”.

Para responder a pergunta de Fernanda, será necessário estudar e entender:

- Conceitos de saúde;
- Os determinantes sociais da saúde;
- A relação com o diabetes;
- O processo saúde-doença da diabetes;
- As condições de vida;
- Estilo de vida.

Ao final desta aula, você será convidado a responder o questionamento da Fernanda:

Qual é a relação do diabetes com a perda da visão e a dificuldade de locomoção?

Não pode faltar

A compreensão sobre a saúde e a doença e seus fatores determinantes foram se modificando ao longo do tempo.

Na antiguidade, os povos acreditavam que as doenças eram causadas por elementos naturais e sobrenaturais. O adoecimento era decorrente de transgressões individuais e coletivas, sendo necessários para recuperar a saúde os cuidados de sacerdotes, feiticeiros ou xamãs.

A doença sempre esteve presente na história da humanidade, e o modo como era entendida determinava a necessidade e o modo de intervir.

A conceituação da saúde, bem como do adoecimento, é de extrema importância, pois a partir dessas concepções é que se fundamentam as políticas de saúde e suas intervenções.

Existem diferentes modelos explicativos sobre o processo de saúde, como: modelo biomédico e modelo da história natural da doença.

Modelo biomédico

Este modelo tem por base a biologia e entende a doença como sendo decorrente da falha nos mecanismos de adaptação do organismo ao meio ou ainda da presença de alterações estruturais no organismo, causando disfunções em órgãos ou sistemas.

Com o avanço da bacteriologia, viu-se que as doenças eram causadas pela presença de agentes patogênicos (vírus, bactérias e fungos), portanto bastava conhecê-lo para compreender o adoecimento. Por esta razão, esse modelo é conhecido como uniausal, pois um agente etiopatogênico desencadeava determinadas reações nos órgãos e disfunções no organismo e explicava-se a patogenia das doenças infecciosas.

Nessa lógica uniausal e linear, compreendia-se o mecanismo e a sequência do adoecimento, adotando-a de forma universal.

Para explicar o adoecimento, o corpo era fragmentado em partes, estudado e compreendido de forma mecânica, como uma máquina; por essa razão, foi caracterizado como modelo mecanicista.

Nessa explicação, as doenças eram desencadeadas por fatores externos, ambientais, dando origem à teoria dos miasmas, relacionada com o contágio.



Vocabulário

Patogenia – É o modo como o agente causador agride o organismo.

Agente etiopatogênico – É o agente causador da doença.

Xamã – Sacerdote ou sacerdotisa do xamanismo que entra em transe durante rituais xamânicos, manifestando poderes sobrenaturais e invocando espíritos da natureza, chamando-os a si e incorporando-os.

Miasma – São os gases resultantes da decomposição de matéria orgânica que produzem doenças quando absorvidos pelos seres vivos.

As críticas a esse modelo estão relacionadas à aplicação do conhecimento biomédico, aos valores atribuídos à normalidade e à patologia nos fenômenos da vida. Para superar essa visão dicotômica entre “normal” e “patológico”, foi criado na época o conceito de normatividade da vida.

A epidemiologia tradicional fundamentada na visão biomédica analisava a saúde da população pela presença ou ausência de fatores de risco, sendo explicada por meio das correlações entre as observações da clínica médica e dos fenômenos epidemiológicos relativos à organização social e política da sociedade, decorrendo daí fortes críticas ao método.

As práticas em saúde eram curativas, baseadas numa visão mecanicista, e a intervenção no ambiente tinha como objetivo o controle das epidemias.

Modelo da história natural da doença

Com o surgimento no mundo da saúde coletiva, entre os anos 50 e 70, e com a criação da Organização das Nações Unidas (ONU) e da Organização Mundial de Saúde (OMS), após a Segunda Guerra Mundial adotou-se o seguinte conceito de saúde: “estado de completo bem-estar físico, mental e social e não mera ausência de moléstia ou enfermidade” (WHO, 1948).

O modelo elaborado por Leavell e Clark (1976) é multicausal e entende a saúde como um processo. Segundo a lógica da causalidade, o restabelecimento da normalidade fundamenta-se numa visão positiva da saúde, que valoriza a prevenção de doenças. De forma a adotar intervenções que promovam a saúde e previnam as doenças, em uma abordagem individual e coletiva, considera as doenças como transmissíveis e não transmissíveis.



Assimile

No modelo biomédico unicausal, a saúde é entendida como a ausência da doença, já no modelo multicausal, estuda-se a história natural da doença e as relações entre o agente, hospedeiro e meio ambiente.

A epidemiologia adotou novo método sistemático para prevenir e controlar doenças nas populações. Segundo este, no meio externo, ocorre a interação entre agente e determinantes, e a doença se desenvolve no meio interno do organismo. O adoecimento sofre influência dos fatores externos que podem ser classificados segundo a natureza física, biológica, sociopolítica e cultural. As modificações químicas, fisiológicas e histológicas próprias da moléstia ocorrem no meio interno do organismo, ou seja, onde atuam fatores hereditários congênitos, o aumento ou a diminuição das defesas e as alterações orgânicas.

O processo natural da doença compreende os seguintes períodos: pré-patogênico e patogênico.

Período pré-patogênico

Nesse período não há manifestação da doença, os agentes físicos e químicos, agentes nutricionais, agentes genéticos, determinantes econômicos, culturais e psicossociais interagem com o indivíduo, tornando-o vulnerável. É nesse nível que são adotadas as medidas de atenção primária, em que se atua com o coletivo por meio de ações de promoção da saúde, prevenção e proteção contra a doença.

Período patogênico

O processo patológico está ativo, nesse período iniciam-se as primeiras modificações no estado de normalidade, desencadeadas pela ação de agentes patogênicos. Observam-se alterações bioquímicas nas células, provocando alterações morfológicas, ou seja, na forma e no funcionamento dos órgãos e sistemas, podendo evoluir para sequelas e incapacidades, morte ou cura.



Exemplificando

São exemplos de ações de:

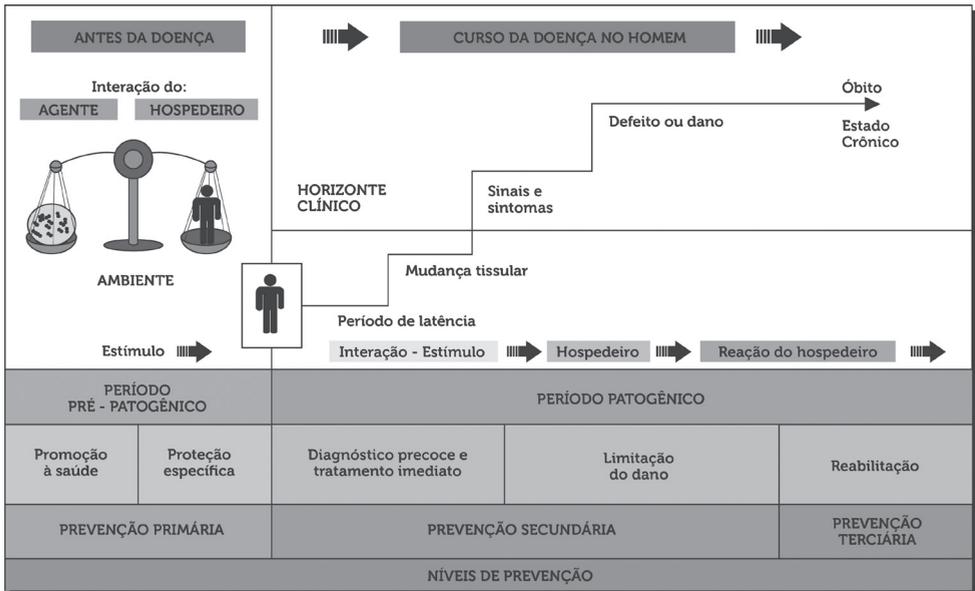
Promoção da Saúde: Educação, alimentação saudável e prática de atividade física regular.

Proteção Específica: Vacinação, Equipamentos de Proteção Individual como capacetes, luvas e óculos.

Segundo Puttini (2010), as críticas ao Modelo da História Natural das Doenças, multicausal, é que, embora reconheça as múltiplas causas no processo saúde-doença, as determinações sociais ainda são consideradas de forma secundária e a abordagem dada à saúde se restringe à causa das patologias. E acrescenta ainda que a História Natural das Doenças não pode ser considerada como natural.

O quadro a seguir demonstra as divisões e as formas de intervenção nos dois períodos:

Quadro 1.1 |



As críticas à epidemiologia adotadas no modelo biomédico e no de Leavell e Clark (1976) são que suas cadeias lineares desconsideram a interação entre os múltiplos fatores sociais, culturais e biológicos.

Modelo de determinação social da doença

Fundamentado nas críticas ao modelo epidemiológico baseado no discurso preventivo, no conceito epidemiológico de risco de agravos, surge o desafio de integrar a epidemiologia e seus métodos na promoção de saúde.

Esse modelo de determinação social da saúde parte de um entendimento diferenciado e não restrito apenas ao aspecto biológico. Nessa concepção entende-se a saúde enquanto qualidade de vida, que é resultante de um conjunto de fatores, como trabalho, habitação, alimentação, renda e acesso a serviços, que se associam.

Nesse sentido, ao estudar, é importante compreender e abordar as condições da vida cotidiana que levam a desigualdades sociais na saúde.

Os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) têm sido descritos como “as causas das causas”, que incluem as condições mais gerais sociais, econômicas, culturais e ambientais de uma sociedade, e relacionam-se com as condições de vida como trabalho, habitação, saneamento, ambiente de trabalho, serviços de educação e saúde, incluindo também as redes sociais e comunitárias.



Refleta

Diante do exposto, reflita sobre a importância dos determinantes sociais de saúde no planejamento de ações e cuidados nos níveis individual e coletivo.

Esses determinantes influenciam os estilos de vida, por exemplo: a prática de exercícios, os hábitos alimentares, o hábito de fumar, de uso de álcool, entre outros. Eles são também condicionados pelos determinantes sociais de saúde.

Para se atingir a condição de saúde, ou seja, de bem-estar, é preciso que o indivíduo possua recursos psicológicos, sociais e físicos para manter-se em equilíbrio.



Faça você mesmo

Faça um quadro esquemático, sintetizando as diferentes abordagens nos modelos explicativos de saúde e doença quanto às concepções de saúde adotadas.

Dahlgren e Whitehead (1991) propõem um esquema que permite visualizar as relações hierárquicas entre os diversos determinantes da saúde, ilustrado a seguir:

Figura 1.1 |



Nessa ilustração você pode observar que na camada mais central estão presentes características individuais, até uma camada distal, na qual se situam os macrodeterminantes, relacionados às condições econômicas, culturais e ambientais da sociedade. Nas camadas intermediárias temos os estilos de vida dos indivíduos, as redes sociais e comunitárias e fatores relacionados às condições de vida e de trabalho. Este agrupamento em categorias facilita o entendimento e o planejamento de intervenções nos diferentes níveis.



Pesquise mais

Para que você possa aprofundar os conhecimentos sobre os conceitos de saúde, determinantes sociais de saúde e a elaboração de políticas públicas de saúde, leia o artigo a seguir:

BADZIAK, Rafael Policarpo Fagundes; MOURA, Victor Eduardo Viana. Determinantes sociais da saúde: um conceito para efetivação do direito à saúde. **Revista de Saúde Pública de Santa Catarina**, v. 3, n. 1, p. 69-79, 2010.

Disponível em: <<http://esp.saude.sc.gov.br/sistemas/revista/index.php/inicio/article/viewArticle/51>>. Acesso em: 15 jun. 2015.

Sem medo de errar!



Atenção!

Preste atenção em todas as informações abordadas, principalmente em relação ao modelo explicativo de saúde-doença, ao processo saúde-doença, aos determinantes sociais de saúde e condições de vida.



Lembre-se

Além das informações que estão no livro didático e na webaula, você pode utilizar também algumas referências que vão ajudá-lo na resolução da situação-problema, como:

BATISTELLA, C. Saúde, Doença e Cuidados: Complexidade Teórica e Necessidade Histórica. In: FONSECA, A. F.; CORBO, A. M. D. **O Território e o Processo Saúde Doença**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

BRASIL. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**: Ministério da Saúde, 2013.160 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36): Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_diabetes_mellitus_cab36.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2015.

CRUZ, M. M. **Concepção de Saúde-doença e o Cuidado em Saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. p. 21-33.

PUTTINI, R. F. Modelos Explicativos em Saúde Coletiva: Abordagem Biopsicossocial e Auto Organização. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 753-767, 2010. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/physis/v20n3/v20n3a04.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2015.

A questão trazida por Fernanda sobre a relação do diabetes com as limitações apresentadas pela Dona Antonieta nos fez estudar a patogênese da diabetes, ou seja, o mecanismo de adoecimento e a questão da multicausalidade. Como você viu, a diabetes é uma doença metabólica que pode ser resultante da falha na produção da insulina, ou na resistência a ela, e a causa pode ser genética (menos frequente) ou decorrente do estilo de vida adotado pela usuária.

A obesidade, o sedentarismo, o tabagismo, o histórico familiar e as variações genéticas podem estar associados ao surgimento e desenvolvimento da diabetes.

As limitações apresentadas pela usuária podem ter relação com a diabetes, pois dentre as complicações da doença, temos a retinopatia diabética, que causa cegueira, e as neuropatias, que causam déficits sensoriais (perda de sensibilidade tátil, térmica e dolorosa) que podem levar a úlceras e amputações.

Porém, é preciso considerar que as condições de saúde de Dona Antonieta não necessariamente evoluiriam para o déficit visual e tampouco para a dificuldade de locomoção, se ela tivesse tido o tratamento e os cuidados adequados, pois com as taxas de glicose no sangue sob controle seu quadro não progrediria para tais complicações. Isso demonstra a importância do diagnóstico precoce, tratamento imediato com adoção de estilo de vida saudável (alimentação saudável e prática de atividade física regular).

A perda de visão e a dificuldade de locomoção podem restringir a autonomia e a independência de Dona Antonieta para a realização de suas atividades cotidianas.

Avançando na prática

Pratique mais!	
Instrução Desafiamos você a praticar o que aprendeu, transferindo seus conhecimentos para novas situações que pode encontrar no ambiente de trabalho. Realize as atividades e depois as compare com as de seus colegas.	
Compreendendo os determinantes sociais de saúde	
1. Competência de fundamentos de área	Conhecer os modelos explicativos de saúde e doença, levar à reflexão sobre os determinantes sociais de saúde, sua relação com o adoecimento e sua importância na elaboração e planejamento de intervenções em saúde.
2. Objetivos de aprendizagem	Criar condições didáticas pedagógicas para que os alunos adquiram conhecimentos sobre os modelos explicativos de saúde e doença, os determinantes sociais de saúde, sua relação com o adoecimento e sua importância no planejamento de intervenções em saúde.
3. Conteúdos relacionados	Processo saúde-doença, fisiopatologia da diabetes e determinantes sociais de saúde.
4. Descrição da SP	Sr. João, 68 anos, diabético e hipertenso, é usuário da Unidade Básica de Saúde. Quais determinantes sociais de saúde devem ser investigados para melhor compreensão e planejamento de cuidados para o usuário?
5. Resolução da SP	Devem ser determinados os seguintes aspectos: Os fatores individuais (idade, fatores genéticos), estilo de vida (hábitos alimentares, prática de atividade física, uso de tabaco), redes comunitárias e de apoio (com quem mora, suporte de familiares, amigos, instituições), condições de vida e trabalho (ocupação, trabalho, moradia, lazer, religião), condições socioeconômicas e culturais macrodeterminantes: ambiente físico (saneamento, esgoto, acessibilidade) e acesso a serviços sociais, de saúde e lazer.



Lembre-se

Para a resolução da situação-problema você deverá ler sobre os determinantes sociais de saúde e refletir sobre a situação de saúde do usuário da Unidade Básica de Saúde apresentada.



Faça você mesmo

Quais informações são necessárias para o planejamento de cuidados de saúde desse usuário?

Faça valer a pena

1. Podemos afirmar que o conceito de saúde adotado:

- a) () No modelo da História Natural da Doença, é o de ausência de doenças.
- b) () No modelo dos Determinantes Sociais de Saúde, é o de ausência de doenças.
- c) () No Modelo explicativo dos Determinantes Sociais de Saúde, a saúde é resultante dos aspectos sociais.
- d) () No modelo explicativo da História Natural da Doença e Modelo Biomédico, é o bem-estar, resultante do equilíbrio físico e mental.
- e) () No Modelo explicativo dos Determinantes Sociais de Saúde, é o de qualidade de vida, resultante de um conjunto de fatores, como trabalho, habitação, alimentação, renda e acesso a serviços, que se associam.

2. Sobre o Modelo Biomédico, assinale a alternativa correta.

- a) () O Modelo Biomédico adota a concepção de saúde enquanto ausência de doenças e multicausalidade.
- b) () O Modelo Biomédico classifica as doenças em transmissíveis e não transmissíveis.
- c) () O Modelo Biomédico utilizava a epidemiologia tradicional, que analisava a saúde da população pela presença ou ausência de fator de risco.

d) () O Modelo Biomédico conceitua a saúde como decorrente da inadaptação do organismo a um agente etiopatogênico.

e) () O Modelo Biomédico assume que a doença é entendida como resultante de um processo desencadeado por agentes externos.

3. Quais as críticas apontadas aos Modelos Explicativos de Saúde-Doença?

a) () A crítica ao modelo da História Natural da Doença era devido à dicotomia entre normal e patológico.

b) () As críticas ao modelo da História Natural da Doença estavam relacionadas à epidemiologia tradicional adotada na saúde da população, pela presença ou ausência de fatores de risco, sendo explicada a partir das correlações entre as observações da clínica médica e dos fenômenos epidemiológicos relativos à organização social e política da sociedade.

c) () A crítica ao Modelo da Biomédico é que, embora seja multicausal, ainda privilegia os fatores biológicos na promoção da saúde.

d) () A crítica ao modelo de História Natural da Doença é que este, apesar de considerar a multiplicidade de causas, privilegia aspectos biológicos na determinação da doença e foca suas ações na prevenção, desconsiderando a saúde enquanto direito e acesso a bens e serviços.

e) () A crítica ao Modelo Biomédico era que apesar de ser multicausal, não adotava medidas de promoção e prevenção de doenças.

Seção 1.3

Promoção de saúde e prevenção de doenças

Diálogo aberto

Gabriela e Carolina, ao visitarem a Unidade Básica de Saúde Dom Helder Câmara, conheceram Sr. Antônio e Sr. Zé Maria, usuários da Unidade e alunos da Academia Carioca de Saúde. Elas relataram ter ficado surpresas ao verem a habilidade e a disposição dos dois.

Sr. Antônio, 73 anos, é hipertenso e diabético há 8 anos e há 3 frequenta a academia três vezes por semana e faz caminhada uma vez por semana com a equipe da Unidade Básica de Saúde. Ele é bem falante e disse que antes, apesar de mais novo, não tinha disposição para nada, ficava deitado no sofá o dia todo, mas hoje não para em casa. Ele e Sr. Zé Maria, 68 anos, também hipertenso, fazem as atividades juntos, e depois ajudam a cuidar da horta da Unidade Básica de Saúde e, quando possível, jogam dominó. Uma vez por mês, junto com a equipe de caminhada, fazem passeios, trilhas, cada vez em um lugar diferente.

As alunas ficaram interessadas em saber sobre o Programa da Academia de Saúde e perguntaram para a professora como era feito o acompanhamento de saúde. E ainda, se a melhora na disposição relatada pelo Sr. Antonio tinha relação com os efeitos físicos da atividade física.

Para responder à pergunta das alunas sobre o Programa Academia de Saúde, será necessário estudar a Promoção de Saúde, a Política Nacional de Promoção da Saúde, os benefícios da atividade física, o Programa de Academia de Saúde e sua relação com as ações e práticas de saúde para assegurar melhor qualidade de vida hoje.

Ao final desta aula, você será convidado a responder os questionamentos da Gabriela e da Carolina, que é o seguinte: o que é o Programa Academia de Saúde? Como funciona e quais os benefícios individuais e coletivos que ele promove?

Não pode faltar

Promoção de saúde

O termo “promoção da saúde” surgiu em 1920, quando Winslow definiu como o esforço da comunidade organizada para alcançar políticas que melhorassem as condições de saúde e os programas educativos para a população. Posteriormente, em 1946, Sigerist definiu como tarefas essenciais da medicina a promoção da saúde, prevenção de enfermidades e acidentes e a atenção curativa.

No modelo da História Natural da Doença proposto por Leavell e Clark em 1965, a promoção da saúde aparece incluída no conjunto de ações a ser desenvolvidas no primeiro nível da atenção, a prevenção primária, não direcionada à prevenção de determinadas doenças, mas voltada a aumentar a saúde e o bem-estar geral. Nesse conceito, a prevenção primária estaria mais relacionada a uma mudança em alguns hábitos ou práticas do que a ações coletivas sobre o ambiente ou o espaço.

Surgiram críticas a essa concepção da promoção de saúde, devido ao fato de responsabilizar os indivíduos sobre os efeitos maléficos que seus hábitos de vida não saudáveis trazem a sua condição de saúde, decorrendo dessa responsabilização, a noção de culpabilidade e ignorando as causas reais, sociais, econômicas e culturais que estão fora da governabilidade individual, demandando ações e políticas governamentais.

Em 1974 surgiu o movimento de promoção de saúde no Canadá, por meio do informe Lalonde, que apontava a necessidade de buscar alternativas para combater os custos crescentes da assistência médica e reduzir o impacto das doenças crônico-degenerativas. Este é considerado um marco na promoção de saúde, pois a partir daí amplia-se o olhar, deixando de focalizar apenas na assistência médica, e propõe-se cinco estratégias para enfrentar os problemas no campo da saúde, que são: a Promoção de Saúde, Regulação, Eficiência da Assistência Médica, Pesquisa e Fixação de Objetivos.

A partir desse informe de Lalonde, foram realizadas Conferências Internacionais das Nações Unidas em Saúde, e o debate sobre a Promoção de Saúde passa a fazer parte da agenda da Organização Mundial de Saúde (OMS) e da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS).

A I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em 1978, em Alma-Ata trouxe como resultados a reafirmação de que a saúde é um direito humano fundamental, de que as desigualdades são inaceitáveis, de que os governos têm responsabilidade pela saúde dos cidadãos, e de que a população tem direito de participar das decisões no campo da saúde, gerando grande repercussão nos sistemas de saúde do mundo.

Em 1986, ocorreu a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, que originou a Carta de Ottawa, que definiu a “promoção da saúde como um processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo maior participação no controle desse processo”. Com esse conceito, há um reforço à responsabilidade individual e da comunidade, uma vez que a promoção da saúde visa assegurar a igualdade de oportunidades e permitir que todas as pessoas realizem seu potencial de saúde.



Refleta

Refleta sobre as modificações que o conceito de Promoção de Saúde sofreu ao longo da história nos anos 1920, 1946 e 1986.

Podemos afirmar que a Carta de Ottawa reforça o conceito ampliado de saúde e seus determinantes para além do setor saúde, englobando conjuntamente as condições biológicas, sociais, econômicas, culturais, educacionais, políticas e ambientais. Ficaram definidos como condições e recursos fundamentais para a saúde: habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade.

A Carta de Ottawa propôs, também, cinco campos de ação principais para a Promoção da Saúde, que estão citadas no quadro a seguir (DEMARZO, 2011):

Quadro 1.2 |

Cinco campos de ação para a promoção da saúde (Carta de Ottawa, 1986)	
Elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis	Minimização das desigualdades por meio de ações sobre os determinantes dos problemas de saúde (equidade). As políticas públicas saudáveis podem ser estabelecidas por qualquer setor da sociedade (intersetorialidade) e devem demonstrar potencial para produzir saúde socialmente. Como exemplos de políticas saudáveis citamos o Estatuto da Criança e do Adolescente e a Política Nacional de Promoção da Saúde do Ministério da Saúde.
Criação de ambientes favoráveis à saúde	Uma vez que a saúde é reconhecida como socialmente produzida nos diferentes espaços de convivência, é fundamental que as escolas, os municípios, os locais de trabalho e de habilitação sejam ambientes saudáveis.
Reforço de ação comunitária	Engloba a participação social (Estado e sociedade civil) na elaboração e controle das ações de Promoção da Saúde e visa ao empoderamento da comunidade. Preza pelo fortalecimento das organizações comunitárias, pela redistribuição de recursos, pelo acesso a informações e pela capacitação dos setores marginalizados do processo de tomada de decisões.
Desenvolvimento de habilidades pessoais	Viabilizado por meio de estratégias educativas, são programas de formação e atualização que capacitam os indivíduos a participar, criar ambientes de apoio à Promoção da Saúde e desenvolver habilidades pessoais relacionadas à adoção de estilos de vida saudáveis.
Reorientação do sistema de saúde	Esforços para a ampliação de acesso, para a efetivação da equidade e para a adoção de ações preventivas por meio da moderna abordagem da Promoção da Saúde.

Fonte: Reorganização dos Sistemas de Saúde (DEMARZO, 2011, p. 15).

Foram realizadas outras Conferências Internacionais sobre Promoção da Saúde, as quais propuseram novas questões, como a necessidade da intersectorialidade, do desenvolvimento sustentável e estratégias de ação a fim de gerar políticas públicas saudáveis.



Assimile

Assimile os marcos históricos para a adoção do novo conceito de promoção de saúde.

Podemos afirmar que o entendimento atual da promoção de saúde traz a ideia de responsabilização múltipla, pois envolve as ações do Estado com políticas públicas saudáveis, dos indivíduos, por meio de desenvolvimento de habilidades pessoais, do sistema de saúde, através da reorientação do sistema de saúde, e, ainda, de parcerias intersectoriais, ou seja, de diferentes setores da sociedade.

A promoção da saúde fundamentada na ideia de ampliação do controle dos indivíduos sobre suas vidas e sua saúde é um controle realizado através da participação ativa e dos processos de empoderamento de indivíduos e comunidades. Tal ampliação do controle requer ações autônomas a respeito das atitudes de usuários de serviços de promoção da saúde.

Segundo Arantes e Cols (2008), a promoção da saúde representa uma nova estratégia dentro da saúde e do campo social, que envolve a responsabilidade dos diferentes setores de governo na condução de processos voltados para o empoderamento e a autonomia dos indivíduos e comunidades, e a atuação sobre os determinantes sociais da saúde.



Vocabulário

Empoderamento – Método utilizado pela promoção de saúde que visa possibilitar aos indivíduos e coletivos desenvolver habilidades e capacidades para a tomada de decisão e controle sobre suas vidas e sobre os determinantes sociais.

Autonomia – Refere-se à capacidade em lidar com as redes de relações e dependências no mundo.

Autocuidado – É a prática de atividades que o ser humano desempenha de forma eficaz e responsável em seu benefício para manter a vida, a saúde e o bem-estar.

Promoção de saúde e prevenção de doenças

A prevenção orienta as ações de detecção, controle e enfraquecimento dos fatores de risco de enfermidades e tem como foco a doença e os mecanismos para combatê-la. Assim, ações preventivas definem-se como intervenção orientada a evitar o surgimento de doenças específicas, a fim de eliminar ou reduzir sua ocorrência nas populações.



Exemplificando

As ações de promoção da saúde são bem mais complexas e têm como foco melhorar a saúde, promovendo mudanças nas condições de vida e de trabalho, facilitando o acesso da população às escolhas saudáveis. Ex: Educação sobre alimentação saudável e práticas de atividade física regular.

Já as ações de prevenção visam proteger os indivíduos e populações de doenças específicas. Ex: Na prevenção primária de câncer de colo de útero, são adotadas como medidas o uso de preservativo e vacinação para o papilomavírus humano (HPV), a fim de diminuir o risco de contágio, uma vez que o vírus está associado ao desenvolvimento desse tipo de câncer.

Em 2006, no Brasil, foi instituída a Política Nacional de Promoção da Saúde com o objetivo de promover a qualidade de vida e reduzir a vulnerabilidade e os riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes (modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura e acesso a bens e serviços essenciais).

A Política Nacional de Promoção da Saúde sugere que sejam implantadas ações intersetoriais e de mobilização de parceiros na rede de atenção básica à saúde e na comunidade, a fim de facilitar as opções individuais, qualificar o cuidado coletivo e reduzir as desigualdades na distribuição dos equipamentos públicos destinados à população em geral, ampliando a oferta de equipamentos em especial para a população de baixa renda.

Dentre as ações propostas pela Política Nacional de Promoção da Saúde, estão a alimentação saudável, prática corporal e atividade física, prevenção e controle do tabagismo, redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas, redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito, prevenção da violência e estímulo à cultura de paz e promoção do desenvolvimento sustentável.



Pesquise mais

Para aprofundar o conhecimento sobre Promoção de Saúde, leia o artigo: SILVA, K. L. Intersetorialidade, determinantes socioambientais e promoção da saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 11, nov. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014001104361>. Acesso em: 21 jun. 2015.

Promoção da alimentação saudável

A promoção de práticas alimentares saudáveis está inserida no contexto da adoção de estilos de vida saudáveis.

Segundo os princípios da alimentação saudável, todos os grupos de alimentos devem compor os hábitos alimentares, e uma alimentação adequada deve fornecer água, carboidratos, proteínas, lipídios, vitaminas, fibras e minerais.

Dentre as recomendações específicas sobre alimentação:

- Manter o equilíbrio energético e o peso saudável;
- Limitar a ingestão energética procedente de gorduras;
- Substituir as gorduras saturadas por insaturadas e eliminar as gorduras trans (hidrogenadas);
- Aumentar o consumo de frutas, legumes, verduras, cereais integrais e leguminosas (feijões);
- Limitar a ingestão de açúcar livre;
- Limitar a ingestão de sal (sódio) de toda procedência e consumir sal iodado.

Promoção de atividade física

A atividade física é um fator determinante para o equilíbrio energético e controle de peso.

A prática de atividade física aliada à alimentação saudável promove redução no peso corporal, aumenta a perda de gordura, preserva a massa magra e diminui o depósito de gordura visceral.

É importante ressaltar que a atividade física é considerada como qualquer movimento realizado pelo sistema esquelético com gasto de energia, o que sugere a adoção de hábitos mais ativos em pequenas modificações do cotidiano.

Dentre os benefícios da atividade física, temos:

- Melhora da capacidade cardiovascular e respiratória;
- Melhora do perfil lipídico, da pressão arterial em hipertensos, da tolerância a glicose e da ação da insulina;
- Melhora do sistema imunológico;
- Melhor funcionamento corporal e preservação da independência de idosos;
- Redução no risco de desenvolver diabetes, hipertensão, câncer de colón e de mama;
- Redução no risco de morte por doenças cardiovasculares;
- Prevenção da osteoporose;
- Aumento da força muscular;
- Melhoria do nível de saúde mental, com diminuição da depressão e alívio do estresse;
- Aumento do bem-estar e da autoestima;
- Correlações favoráveis com redução do tabagismo e do consumo de álcool e drogas.

A adoção de uma alimentação saudável e a prática de atividade física, além de estarem relacionadas com um estilo de vida saudável, impactando positivamente na condição de saúde da população, ainda reduzem o risco do desenvolvimento de obesidade, diabetes mellitus (DM) tipo 2, doença cardiovascular, câncer e osteoporose.



Faça você mesmo

Descreva as ações propostas pela Política Nacional de Promoção de Saúde, relacione-as em que medida elas podem promover saúde da coletividade.

Sem medo de errar!



Atenção!

Preste atenção em todas as informações que foram abordadas sobre a Promoção de Saúde, Prevenção de Doenças e as ações da Política Nacional de Promoção de Saúde.



Lembre-se

Além das informações que estão no livro didático e na webaula, você pode utilizar também algumas referências que vão ajudar você na resolução da situação-problema, como:

ARANTES, R. C. et al. Processo saúde-doença e promoção da saúde: aspectos históricos e conceituais. **Revista APS**, n. 11, p. 189-98, 2008. Disponível em: <<http://aps.uff.emnuvens.com.br/aps/article/view/262>>. Acesso em: 21 jun. 2015.

DEMARZO, M. M. P. **Reorganização dos sistemas de saúde**: promoção da saúde e atenção primária à saúde. São Paulo: Módulo Político Gestor, 2011. Disponível em: <http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_3.pdf>. Acesso em: 21 jun. 2015.

O Programa Academia de Saúde, lançado pelo Ministério da Saúde em 2011, surgiu embasado nos resultados positivos de iniciativas regionais promovendo a atividade física como ação para o enfrentamento ao sobrepeso e obesidade, em praças, parques e espaços públicos construídos para as práticas de atividade física e corporais.

O Programa tem como finalidade promover práticas corporais e atividade física, alimentação saudável, lazer, modos saudáveis de vida e produção do cuidado, por meio de ações que respeitem a identidade cultural dos territórios locais. Não é um serviço isolado, por estar vinculado às Unidades Básicas de Saúde, integra as linhas de cuidado e permite atenção e cuidado integral aos usuários, de forma que idosos, gestantes, crianças possam participar de atividades físicas e práticas corporais, tendo sua situação de saúde monitorada, o que permite às equipes de saúde responsáveis pelos cuidados acompanharem o estado físico, social e emocional dos usuários e suas famílias.

Além das atividades físicas e práticas corporais, são desenvolvidas atividades culturais, artísticas e educação em saúde, com temas que favoreçam a adoção de cuidados e modos mais saudáveis de viver.

O vínculo criado entre os profissionais e os participantes do grupo motiva a participação ativa nas atividades promovidas de educação em saúde, dando condições de estes opinarem e exercerem sua autonomia, auxiliarem na proposição de ações, fortalecendo as relações sociais com a comunidade.

Dentre os benefícios aos usuários, além dos benefícios físicos, da melhora nas condições cardiovasculares, do controle glicêmico e da pressão arterial,

muitas vezes pode-se observar a redução de uso de medicamentos, melhor funcionamento corporal e independência física, melhora do sistema imunológico e melhora na sensação de bem-estar e na vitalidade.

Os benefícios sociais podem ser notados pela participação e engajamento nas atividades propostas, no cuidado com a horta, desenvolvendo o sentimento de cidadania e pertencimento.

A participação ativa e os vínculos sociais estabelecidos são extremamente importantes para reduzir o isolamento e o risco de depressão tão frequente em idosos, o que favorece a saúde mental, que pode trazer melhora na autoestima.

Como benefícios coletivos, tem-se a redução das desigualdades sociais, pois oferece a disponibilidade de todos realizarem atividades físicas, culturais e artísticas na comunidade, com participação ativa dos indivíduos, há estímulo ao desenvolvimento da autonomia e do empoderamento dos indivíduos e do grupo, o que favorece a tomada de decisões e planejamento de ações que permitam o desenvolvimento do ambiente sustentável em defesa da vida saudável.

Avançando na prática

Pratique mais!	
Instrução Desafiamos você a praticar o que aprendeu, transferindo seus conhecimentos para novas situações que pode encontrar no ambiente de trabalho. Realize as atividades e depois as compare com as de seus colegas.	
Promovendo a saúde na coletividade	
1. Competência de fundamentos de área	Conhecer a Promoção de Saúde, as ações de Promoção de Saúde instituídas pela Política Nacional de Promoção de Saúde, que visam melhorar a saúde e o bem-estar dos indivíduos e da coletividade.
2. Objetivos de aprendizagem	Criar condições didático-pedagógicas para que os alunos adquiram conhecimentos sobre Promoção de Saúde e ações a serem adotadas que melhorem as condições de vida e situação de saúde individual e coletiva.
3. Conteúdos relacionados	Promoção de Saúde, Prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, Políticas Públicas Saudáveis, desenvolvimento de habilidades individuais, empoderamento, participação social e intersetorialidade.
4. Descrição da SP	O Sr. Manoel, 66 anos, é usuário da Unidade Básica de Saúde. Há 5 anos ele fez um curso sobre hortas comunitárias, promovido na associação de moradores e, desde então, auxilia no cuidado da Horta na Unidade, coletando garrafas plásticas PET, que são usadas nas oficinas promovidas sobre hortas verticais com uso de material reciclado. Qual a relação da horta com a promoção de saúde e políticas públicas saudáveis?

5. Resolução da SP	A horta comunitária disponibiliza meios de acesso à ingestão de verduras e hortaliças, facilitando a adoção de hábitos alimentares saudáveis. Ao mesmo tempo, desenvolve habilidades na comunidade relativas ao desenvolvimento sustentável e à participação social. As políticas públicas saudáveis devem possibilitar educação e meios para viabilizar práticas que permitam o desenvolvimento de ambientes saudáveis e sustentáveis.
--------------------	---



Lembre-se

Você pode buscar mais conhecimentos a respeito das Práticas de Promoção de Saúde no link a seguir, disponível em: <www.scielo.br/pdf/rsp/v48n1/0034-8910-rsp-48-01-0076.pdf>. Acesso em: 21 jun. 2015.

MOURA, S. M. Promoção da saúde: desafios revelados em práticas exitosas. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, n. 1, p. 76-85, 2014.



Faça você mesmo

Faça um quadro definindo com os termos Autonomia, Intersetorialidade, e Participação social, relacionando-os com Promoção de Saúde.

Faça valer a pena

1. Em relação ao termo Promoção de Saúde, é correto afirmar que surgiu:

- a) () Em 1920, quando Winslow o definiu como tarefa essencial da medicina.
- b) () Em 1920, com o esforço da comunidade organizada para alcançar políticas que melhorassem as condições de saúde e os programas educativos para a população.
- c) () Em 1920, quando Sigerist definiu como tarefas essenciais da medicina a promoção da saúde, prevenção de enfermidades e acidentes e a atenção curativa.
- d) () Em 1965, com a Carta de Ottawa, como um processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo.
- e) () Em 1974, com o Informe de Lalonde.

2. A promoção de saúde, adotada pela História Natural da Doença, pode ser definida como:

- a) () Conjunto de ações a serem desenvolvidas na prevenção primária, está direcionada à prevenção de determinadas doenças.
- b) () Conjunto de ações a serem desenvolvidas na prevenção primária, está direcionada à prevenção de doenças infectocontagiosas.
- c) () Conjunto de ações a serem desenvolvidas na prevenção primária, está direcionada à prevenção de determinadas doenças e voltada a aumentar a saúde e o bem-estar geral.
- d) () Conjunto de ações a serem desenvolvidas na prevenção primária, não está direcionada à prevenção de determinadas doenças, mas voltada a aumentar a saúde.
- e) () Conjunto de ações a serem desenvolvidas na prevenção secundária, não está direcionada à prevenção de determinadas doenças, mas voltada a aumentar a saúde.

3. A Promoção de Saúde, entendida como processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, surgiu:

- a) () Com o Informe de Lalonde, no Canadá.
- b) () Com o movimento de promoção de saúde em 1974.
- c) () Com a Carta de Ottawa em 1986.
- d) () Com a Declaração de Alma-Ata em 1986.
- e) () Com a Carta de Ottawa em 1974.

Seção 1.4

Educação em saúde

Diálogo aberto

Ricardo e Henrique, ao apresentarem o relatório da visita à Unidade Básica de Saúde Dom Helder Câmara para a professora e sua turma, relataram terem visto no mural do local um cartaz que convidava para a oficina culinária: “Como ter uma alimentação Saudável, na Unidade Básica de Saúde”. E ficaram curiosos, queriam entender o que era e como funcionava.

A professora aproveitou a dúvida dos alunos e disponibilizou materiais para leitura e falou para a turma: “a resposta à pergunta de Ricardo e Henrique está nestes materiais”.

E acrescentou: “desafio vocês a lerem os materiais e refletirem sobre esta dúvida e, na nossa próxima aula, iremos juntos discutir e responder a questão”.

Para responder à pergunta dos alunos, será necessário estudar e entender:

- Conceitos de Educação em Saúde;
- Métodos adotados na Educação em Saúde;
- Metodologia utilizada no Planejamento de uma prática educativa de Educação em Saúde Dialógica.

Ao final desta seção você será convidado a responder o questionamento de Ricardo e Henrique: O que é uma Oficina e como é realizada?

Não pode faltar

Formação dos profissionais da saúde

A saúde coletiva e as novas práticas em saúde preconizadas trouxeram mudanças na formação dos profissionais de saúde e nas metodologias utilizadas em suas práticas de saúde.

O agir em saúde pautado no conceito ampliado de saúde trouxe a necessidade de repensar a formação de profissionais de saúde, o que implicava incluir outros saberes, das ciências humanas e sociais, além dos biológicos, na grade curricular e também uma metodologia que promovesse a formação de profissionais críticos e reflexivos que pudessem conhecer e atuar nas diferentes realidades epidemiológicas e sociais (considerando os perfis demográficos, econômicos e culturais).

Diante de um ensino fragmentado em disciplinas, que produzia um conhecimento de corpos segmentados e destituídos de saberes e vontades, que resultavam numa prática em saúde mecanizada, centrada na doença, medicalizante, e cujas medidas de promoção de saúde e de assistência se reduziam a medidas prescritivas, foram adotadas mudanças.

Nessa perspectiva, foram introduzidas modificações curriculares nos cursos de graduação de profissionais de saúde, tais como a adoção de currículos integrados, modulares de forma a integrar os conhecimentos e incluir a adoção de metodologias ativas de aprendizagem, com uso de situações problematizadoras, que buscavam o desenvolvimento de capacidade crítica, reflexiva dos alunos e que possibilitassem desenvolver habilidades de tomada de decisão e de um olhar ampliado sobre a atenção à saúde.

Além disso, o currículo deveria favorecer as práticas voltadas para as demandas de saúde da população, incluindo temas de cuidado e integralidade.



Vocabulário

Integralidade – É um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).. As ações e práticas de saúde são planejadas centradas no usuário, considerando-o em sua totalidade, um indivíduo biopsicossocial, fundamentadas no cuidado interdisciplinar com articulação dos conhecimentos e competências de toda a equipe. E ainda, as ações e práticas devem integrar desde ações de promoção e vigilância à saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação, utilizando técnicas e métodos que favoreçam o desenvolvimento da autonomia dos usuários e coletividades, do trabalho interdisciplinar e em equipe, coordenado no conjunto da rede de atenção.

Equidade – É um dos princípios do SUS, no qual todos devem ter a igual oportunidade de desenvolver seu potencial.

Para formar profissionais de saúde que estivessem preparados para atuação na perspectiva de oferecerem um cuidado integral, ou seja, da Promoção de Saúde, Prevenção de Doenças a Assistência Curativa e Reabilitadora, foram instituídos programas que aproximavam o ensino do cenário real das práticas, nos serviços de saúde, por meio de vivências e estágios.

Com a integração do ensino e serviço foram instituídos projetos, como Projeto Uni, com integração do ensino, serviço e comunidade, que visavam modificar a prática em saúde pública preventivista, ou seja prescritiva, para uma prática acolhedora e de escuta dos usuários. Nessa abordagem os usuários deixavam de ser objetos de práticas em saúde, mas participantes.



Assimile

Assimile os aspectos que motivaram as mudanças na formação dos profissionais de saúde.

A necessidade de práticas multiprofissionais e de ampliação da interação do mundo do ensino e do trabalho fez surgir novos projetos e políticas.

Com a implantação das novas diretrizes curriculares pelo Ministério da Educação no início dos anos 2000, os cursos de graduação em saúde passaram a contemplar na formação de seus profissionais o SUS, o trabalho em equipe e a atenção integral à saúde.

O estudo e a produção de conhecimentos relacionados e sistematizados para a formação dos profissionais de saúde, as práticas de ensino adotadas, diretrizes curriculares e didáticas, são denominados Educação em Saúde.

Educação em saúde

A Educação em Saúde pode ser definida como um conjunto de conhecimentos teóricos e práticos que visam à promoção da saúde por meio do desenvolvimento da autonomia, da participação dos sujeitos e comunidades diante de suas questões de saúde e de meio ambiente.

A Educação em Saúde e suas práticas inicialmente tinham como objetivo apenas a promoção de saúde e prevenção de doenças, tendo como intuito transformar hábitos de vida, individuais. Foram marcadas por um discurso prescritivo de normas de higiene, que reduzia a determinação do processo saúde-doença à dimensão individual, não levando em consideração as políticas sociais e as condições de vida e de trabalho.

Essa prática de Educação em Saúde lançava a responsabilidade da resolutividade de problemas de saúde nos indivíduos.

Esse modelo de Educação em Saúde durou até a década de 60, quando teve início a Medicina Comunitária, na qual eram adotadas práticas de educação em saúde comunitárias e as comunidades seriam as responsáveis pela resolução de seus problemas de saúde e, portanto, deveriam ser conscientizadas.

Na década de 70, com o movimento da reforma sanitária, profissionais de saúde fizeram críticas a esse modelo de educação em saúde normativa, e, fundamentados nas práticas pedagógicas de Paulo Freire e nas ciências humanas, começaram a adotar nova metodologia menos verticalizada e prescritiva, passando a considerar as dinâmicas e modo de vida das classes populares.

A aproximação de muitos profissionais de saúde com o Movimento da Educação Popular e a luta dos movimentos sociais pela transformação da atenção à saúde favoreceram a adoção de práticas mais democráticas, que possibilitavam a participação da população, o que não era apenas objeto de ações, receptáculo de informações, mas favoreceu a ruptura do modelo dominante.

Nas rodas de conversa realizadas no período da reforma sanitária, formadas por trabalhadores e usuários, foi construído o sentido da integralidade e da equidade, mais tarde incorporados pelo SUS.

Educação popular em saúde

A Educação Popular em Saúde é pautada no diálogo, na aproximação com sujeitos no espaço comunitário, na troca de saberes em que o saber popular é valorizado, e o alvo do Movimento Popular em Saúde está nas discussões sobre temas vivenciados pela comunidade que levem a mobilização social para melhorias das condições de vida. Utiliza metodologias participativas e problematizadoras, como as rodas de conversa, que de forma horizontal promovem o debate e a construção do saber com referências da cultura popular.

A Educação Popular em Saúde é organizada a partir da aproximação com outros sujeitos no espaço comunitário, privilegiando os movimentos sociais locais, num entendimento de saúde como prática social e global, respeitando os princípios éticos e políticos das classes populares.

A Política Nacional de Educação Popular em Saúde no Sistema Único de Saúde, implantada em 2012, reafirma o compromisso com a garantia do direito à saúde mediante a implementação de políticas que contribuam para a melhoria da qualidade de vida e diminuição das desigualdades sociais, alicerçadas na ampliação da democracia participativa no setor de saúde.

A Educação Popular em Saúde objetiva o desenvolvimento de atitudes mais políticas nas comunidades, com a finalidade de ampliar o exercício da autonomia, da participação social e emancipação (libertação de exploração, discriminação e violência) dos grupos populacionais.

A Educação Popular em Saúde favoreceu o desenvolvimento de práticas educativas mais sensíveis às necessidades dos usuários, com adoção da escuta e do diálogo, o que permite conhecer os indivíduos para os quais se destinam as ações de saúde, incluindo suas crenças, hábitos e as condições em que vivem. Essa abordagem propiciou o envolvimento dos indivíduos nas ações, assegurando a participação social, contrapondo com o antigo modelo de Educação em Saúde tradicional prescritivo.

Educação em saúde dialógica ou radical

Na Educação em Saúde Dialógica, o objetivo não é o de informar para saúde, mas de transformar saberes existentes. A prática educativa, nessa perspectiva, visa ao desenvolvimento da autonomia e da corresponsabilidade, ou seja, responsabilidade compartilhada dos indivíduos no cuidado com a saúde, incentivando a participação ativa e a emancipação dos sujeitos. Esse modelo valoriza o diálogo, que visa à construção de um saber sobre o processo saúde-doença-cuidado que capacite os indivíduos a decidirem quais as estratégias mais apropriadas para promover, manter e recuperar sua saúde.



Exemplificando

A Educação em Saúde Tradicional ou Sanitária adota como práticas educativas informes e palestras, não sendo considerados o modo de viver e o ambiente no qual a população está inserida e a participação do sujeito é de espectadores. Já a Dialógica ou Radical adota como práticas educativas as rodas de conversa, oficinas, com espaço para escuta, com troca de saberes, o que facilita a reflexão e a participação ativa na tomada de decisão quanto aos hábitos, modos de viver, o que promove o desenvolvimento da autonomia, empoderamento e emancipação dos sujeitos.

Educação permanente em saúde

Considerando a diversidade, complexidade e dinâmica da sociedade, a educação passa a ser considerada peça fundamental para a compreensão da realidade, para a atuação crítica, engajada dos profissionais e por isto ela deve ser permanente e sem restrição de idade.

Nesse contexto da educação, há dois tipos: a Educação Permanente e a Educação Continuada. A última é caracterizada por ações educacionais mais centradas no desenvolvimento de grupos profissionais, seja por meio de cursos, seja por meio de publicações específicas em determinado campo. Já a educação permanente consiste em ações educativas embasadas nos problemas do processo de trabalho, ou seja, vivenciadas pelas equipes de saúde no dia a dia do serviço. Tem como objetivo a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho no cotidiano do serviço e ambas podem ocorrer no ambiente de trabalho.

A Educação Permanente em Saúde (EPS) é a educação no serviço, a formação ocorre no mundo do trabalho, no cotidiano dos serviços, para qualificar as práticas e cuidados em saúde.

A Educação Permanente em Saúde surgiu na década 80, por iniciativa da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e da Organização Mundial da Saúde (OMS) para possibilitar o desenvolvimento dos Recursos Humanos.

A fim de melhorar a formação dos profissionais de saúde, fortalecer o SUS e favorecer as transformações necessárias nas práticas em saúde, em 2004 foi criada a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.



Faça você mesmo

Agora que você conheceu os conteúdos sobre Educação em Saúde, faça um quadro definindo com suas palavras: Educação na Saúde, Educação Continuada, Educação Permanente em Saúde, Educação em Saúde (Tradicional e Dialógica, Educação Popular em Saúde).

Essa política tem como objetivo transformar e qualificar as práticas de saúde, por meio do trabalho em saúde vivenciado por gestores, acadêmicos, profissionais e representantes sociais.

A Educação Permanente adota como metodologia pedagógica a reflexão crítica e a resolução de problemas do cotidiano das práticas das equipes de saúde por meio de diálogo, dinâmicas e oficinas de trabalho, realizadas, preferencialmente, no próprio ambiente de trabalho.

Os processos de qualificação dos trabalhadores da saúde são norteados a partir das necessidades de saúde dos usuários e das populações atendidas nos serviços, da gestão setorial e do controle social em saúde.

A Educação Permanente em Saúde tem como pressuposto que o planejamento, a programação educativa seja realizada a partir da análise coletiva dos processos de trabalho, identificando problemas e limitações a serem enfrentados na atenção e/ou na gestão das equipes e das práticas em saúde.

Cabe ainda destacar que a Educação Permanente em Saúde visa desenvolver habilidades: acolhimento, vínculo entre usuários e equipes, responsabilização, desenvolvimento da autonomia dos usuários e resolutividade da atenção à saúde por parte dos trabalhadores e profissionais de saúde de maneira a permitir a integralidade da atenção.



Refleta

Refleta sobre os conceitos e as características da Educação Permanente em Saúde, Educação Dialógica e Educação Popular em Saúde.

O desafio da Educação Permanente em Saúde é desenvolver nos trabalhadores habilidades de reflexão e planejamento da atenção à saúde coletiva, trabalhar em equipes, integrando trabalhadores da gestão, da vigilância e da atenção.

Atualmente, a Educação Permanente em Saúde também é denominada Educação Permanente em Saúde em Movimento, pelo dinamismo característico do trabalho em saúde e da necessidade dessa construção contínua dos saberes.



Pesquise mais

Você poderá pesquisar mais:

FLISCH, T. M. P. Como os profissionais da atenção primária percebem e desenvolvem a Educação Popular em Saúde? **Interface**, Botucatu, v. 18, n. 2, p. 1255-1268, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832014000601255&script=sci_abstract>. Acesso em: 1 jul. 2015.

MACIEL, M. E. D. Educação em saúde: conceitos e propósitos. **Cogitare Enfermagem**, v. 14, n. 4, 2009. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/view/16399>>. Acesso em: 1 jul. 2015.

FALKENBERG, M. B. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 847-852, 2014.

Sem medo de errar!

A oficina é um método estruturado para trabalho em grupo, usada na Educação em Saúde Dialógica e tem como objetivo promover conhecimentos por meio da reflexão de uma questão central, dentro de um contexto social, articulando informações e reflexões, relacionando-os com sentimentos e vivências.

Ela deve envolver as pessoas em suas formas de pensar, sentir e agir, possibilitando aos participantes a troca de experiências.

Pode ser organizada com um número variado de encontros, o que irá determinar a sua duração, as quantidades de atividades que o grupo irá desenvolver e o tempo de duração de cada uma delas.

É estruturada em três momentos:

1) **Inicial** – Quando os participantes são preparados, por meio de atividades de relaxamento ou aquecimento, com utilização de atividades lúdicas (brincadeiras), dinâmicas, que permitam a apresentação e entrosamento dos participantes.

2) **Intermediário** – São desenvolvidas atividades que estimulem a reflexão e elaboração do tema. E pode ser composto por:

a) Pelo uso de dinâmicas e atividades que promovam a sensibilização e motivação a participar, a refletir e comunicar.

b) Conversa e reflexão sobre sensações, sentimentos e ideias expostas pelo grupo.

c) Por meio de vivências práticas relacionadas com situações presentes no dia a dia.

d) Exposição e análise das informações sobre o tema, comparando as experiências dos participantes para esclarecimentos mútuos.

3) **Sistematização e avaliação** – É realizado um fechamento, uma síntese do que o grupo produziu, pode ser solicitado que se expressem por meio de desenhos, música, versos, a partir das reflexões, dos sentimentos proporcionados pela atividade. Essa fase é importante para que os participantes percebam seu crescimento, os conhecimentos adquiridos, ou seja, compreendam o que mudou através da atividade e ainda permite identificar as necessidades para o próximo encontro.

O método de Oficina pode ser utilizado sempre que houver interesse em construir um saber coletivo, uma tarefa comum com o grupo, por exemplo, promover o peso saudável, hábitos alimentares saudáveis, cuidados corporais, o combate à violência, cuidado com o meio ambiente, entre outros.

Com esse método educativo de promover encontros sobre uma temática, produz-se um saber coletivo, construído pelo grupo que possibilita a participação e emancipação dos sujeitos na escolha de modos de viver, de se cuidar, de cuidar do meio ambiente.



Atenção!

Agora esteja atento aos conceitos de:

- Educação em Saúde;
- Métodos adotados na Educação em Saúde;
- Metodologia utilizada no planejamento de práticas educativas em Educação em Saúde.



Lembre-se

MERHY, E. E. Educação permanente em movimento: uma política de reconhecimento e cooperação, ativando os encontros do cotidiano no mundo do trabalho em saúde, questões para os gestores, trabalhadores e quem mais quiser se ver nisso. **Saúde em Redes**, v. 1, n. 1, p. 7-14, 2014. Disponível em: <<http://revista.redeunida.org.br:9000/ojs/index.php/rede-unida/article/view/309/15no>>. Acesso em: 7 jan. 2015.

BEZERRA, P. O fazer de profissionais no contexto da educação em saúde: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, v. 24, n. 3, 2014. Disponível em: <www.revistas.usp.br/jhgd/article/download/88909/92464>. Acesso em: 1 jul. 2015.

Avançando na prática

Pratique mais!	
Instrução Desafiamos você a praticar o que aprendeu, transferindo seus conhecimentos para novas situações que pode encontrar no ambiente de trabalho. Realize as atividades e depois as compare com as de seus colegas.	
Aprendendo e ensinando nas práticas de saúde	
1. Competência de Fundamentos de Área	Conhecer a Educação em Saúde, seus diferentes modelos usados nas Práticas Educativas de Promoção de Saúde e na Formação Profissional.
2. Objetivos de aprendizagem	Criar condições que permitam ao aluno compreender o objetivo e a metodologia utilizada na Educação Permanente em Saúde.
3. Conteúdos relacionados	Educação em Saúde, a metodologia adotada pela Educação Permanente em Saúde e os objetivos da Educação Permanente em Saúde.
4. Descrição da SP	Na reunião de equipe da Unidade Básica de Saúde, foi apontada a baixa participação e adesão no programa antitabagismo. Pensando nessa problemática, qual modelo de Educação em Saúde pode auxiliar a equipe a melhorar as práticas de saúde junto ao grupo de Tabagismo na Unidade?
5. Resolução da SP	<p>É a Educação Permanente em Saúde, uma vez que esta permite a reflexão a partir da problematização do processo de trabalho em saúde com a finalidade de transformar e melhorar as práticas profissionais vivenciadas no cotidiano do serviço. Assim, a equipe de saúde, juntamente com o gestor da Unidade, poderá refletir sobre a problemática vivida na Unidade, a fim de reorganizar e repensar a metodologia adotada nas práticas de saúde com o grupo.</p> <p>A Educação Permanente em Saúde tem como prerrogativa a reflexão crítica, a participação ativa e democrática dos profissionais envolvidos. Nesse sentido é importante que se reflita sobre alguns questionamentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Houve pactuação com os participantes do grupo, quanto a horário, frequência? (acordo de convivência com o grupo) - Como está se desenvolvendo a prática, é feita roda de conversa e todos participam como iguais? - Como está o envolvimento da equipe, o vínculo com os participantes do grupo? - Foi realizada sensibilização dos participantes? - Os profissionais envolvidos necessitam de apoio ou alguma capacitação referente ao tema? - Está sendo feita a avaliação da satisfação dos participantes? - Por fim, o grupo poderá discutir como reformular a prática. <p>Dessa forma foi possível refletir sobre o processo de trabalho, reorganizar as práticas e, ao mesmo tempo, avaliar as necessidades de capacitação da equipe considerando a problemática vivenciada.</p>



Lembre-se

Além das informações que estão no livro didático e na webaula, você pode utilizar também algumas referências que vão ajudar você na resolução da situação-problema, como:

SILVA, S. H. S. da. Educação permanente em saúde: metassíntese. **Revista Saúde Pública**, v. 48, n. 1, p. 170-185, 2014. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rsp/v48n1/0034-8910-rsp-48-01-0170.pdf>. Acesso em: 1 jul. 2015.



Faça você mesmo

Elabore um quadro caracterizando a Educação Continuada e a Educação Permanente em Saúde.

Faça valer a pena

1. A Educação em Saúde Tradicional se caracteriza por:

- a) () Adotar metodologia dialógica que, por meio de transmissão de informações sobre a importância de adoção de hábitos saudáveis, possibilita promover a saúde.
- b) () Adotar metodologia dialógica, com uso de roda de conversa para refletir sobre temas cotidianos.
- c) () Adotar metodologia que propicie a reflexão sobre questões relacionadas aos determinantes sociais e a desenvolver a autonomia dos sujeitos para a adoção de estilo de vida saudável.
- d) () Adotar metodologia que permita a transmissão dos conhecimentos necessários para que indivíduos e coletividade realizem as orientações e cuidados indicados.
- e) () Adotar metodologia dialógica, com uso de roda de conversa e oficinas que permitam a reflexão de temas cotidianos.

2. A Educação Popular em Saúde tem como objetivo:

- a) () Transmitir conhecimentos relativos à saúde da população, considerando os determinantes sociais de forma que ela adote as mudanças de hábitos e cuidados a saúde propostos.
- b) () O desenvolvimento da autonomia e da emancipação dos grupos populacionais por meio da participação social, mobilização e política para a melhoria das condições de vida.
- c) () Transmitir conhecimentos relativos à saúde e à política, de forma a possibilitar que a população se torne mais participativa na sociedade.
- d) () Transmitir informações relacionadas à saúde da população de maneira que as mesmas se responsabilizem por sua saúde.
- e) () O desenvolvimento de conhecimentos relacionados aos cuidados com a saúde e o ambiente.

3. A Educação Permanente em Saúde pode ser caracterizada por:

- a) () Formar profissionais de saúde preparados para atuação na perspectiva de oferecerem um cuidado integral.
- b) () Formar profissionais nos cursos de graduação com metodologia pedagógica que os prepare para resolver os problemas de saúde da população.
- c) () Ser realizada no serviço, por meio da reflexão sobre o mundo do trabalho, no cotidiano dos serviços, para qualificar as práticas e cuidados em saúde.
- d) () Ser realizada no ambiente de trabalho para atualização de conhecimentos dos profissionais.
- e) () Formar profissionais de saúde preparados para atuação interdisciplinar.

Referências

Bibliografia Básica:

ARANTES, R. C. et al. Processo saúde-doença e promoção da saúde: aspectos históricos e conceituais. **Revista APS**, n. 11, p. 189-98, 2008. Disponível em: <<http://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/262>>. Acesso em: 21 jun. 2015.

CAMPOS, G. W. S. **Tratado de saúde coletiva**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2012.

CECCIM, Ricardo Burg; CARVALHO, Yara Maria de. Ensino da saúde como projeto da integralidade: a educação dos profissionais de saúde no SUS. In: PINHEIRO, Roseni; CECCIM, Ricardo Burg; MATTOS, Rubem Araujo de. (Org.). **Ensinar Saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2006. p. 69-92.

CRUZ, M. M. **Concepção de Saúde-doença e o Cuidado em Saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/ENSP/EAD, 2011.

LEAVELL, H.; CLARK, E. G. **Medicina Preventiva**. São Paulo: McGraw-Hill, 1976.

MERHY, E. E. Educação permanente em movimento: uma política de reconhecimento e cooperação, ativando os encontros do cotidiano no mundo do trabalho em saúde, questões para os gestores, trabalhadores e quem mais quiser se ver nisso. **Saúde em Redes**, v. 1, n. 1, p. 7-14, 2014. Disponível em: <<http://revista.redeunida.org.br:9000/ojs/index.php/rede-unida/article/view/309/15no>>. Acesso em: 7 jan. 2015.

NUNES, Everardo Duarte. Saúde coletiva: história de uma ideia e de um conceito. **Saúde e Sociedade**, 3 v., n. 2, p. 5-21, 1994.

PUTTINI, R. F. Modelos explicativos em saúde coletiva: abordagem biopsicossocial e auto-organização. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 753-767, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v20n3/v20n3a04.pdf>>. Acesso em: 15 jun. 2015.

SOUZA, L. E. P. F. Saúde pública ou saúde coletiva? **Espaço para a Saúde**, v. 16, n. 2, 2015. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/espacoparasaude/article/viewFile/20686/pdf_53>. Acesso em: 7 jun. 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Constituição da Organização Mundial de Saúde. Conferência Internacional da Saúde. New York: WHO, 1948. Disponível em: <http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf>. Acesso em: 01 jan. 2008.

Bibliografia Complementar:

BEZERRA, P. O fazer de profissionais no contexto da educação em saúde: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, v. 24, n. 3, 2014. Disponível em: <www.revistas.usp.br/jhgd/article/download/88909/92464>. Acesso em: 1 jul. 2015.

DAHLGREN, G.; WHITEHEAD, M. **Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health**. Stockholm: Institute for Future Studies, 1991.

DEMARZO, M. M. P. **Reorganização dos sistemas de saúde**: promoção da saúde e atenção primária à saúde. São Paulo: Módulo Político Gestor, 2011. Disponível em: <http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_3.pdf>. Acesso em: 21 jun. 2015.

FALKENBERG, M. B. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 847-852, 2014.

FLISCH, T. M. P. Como os profissionais da atenção primária percebem e desenvolvem a Educação Popular em Saúde? **Interface**, Botucatu, v. 18, n. 2, p. 1255-1268, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832014000601255&script=sci_abstract>. Acesso em: 1 jul. 2015.

MACIEL, M. E. D. Educação em saúde: conceitos e propósitos. **Cogitare Enfermagem**, v. 14, n. 4, 2009. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/view/16399>>. Acesso em: 1 jul. 2015.

MOURA, S. M. Promoção da saúde: desafios revelados em práticas exitosas. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, n. 1, p. 76-85, 2014.

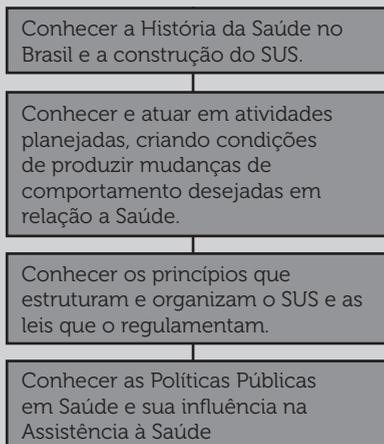
SILVA, K. L. Intersetorialidade, determinantes socioambientais e promoção da saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 11, nov. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014001104361>. Acesso em: 21 jun. 2015.

SILVA, S. H. S. da. Educação permanente em saúde: metassíntese. **Revista Saúde Pública**, v. 48, n. 1, p. 170-185, 2014. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rsp/v48n1/0034-8910-rsp-48-01-0170.pdf>. Acesso em: 1 jul. 2015.

BASES LEGAIS E HISTÓRICAS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Convite ao estudo

Nesta unidade serão abordados a História da Saúde no Brasil, os Princípios que estruturam e organizam o SUS, as Leis que regulamentam seu funcionamento, bem como as Políticas Públicas em Saúde, que estruturam a assistência em Saúde no Brasil.



Muitas vezes em nosso cotidiano encontramos situações que nos fazem refletir sobre o Sistema de Saúde em nosso país. As situações vivenciadas durante este percurso são fundamentais para a compreensão dos princípios e leis que norteiam a assistência em saúde e o planejamento das políticas públicas em Saúde, temas que serão abordados neste livro e que têm forte relação com a sua formação e futura atuação enquanto profissional de saúde.

Convido você a refletir sobre isso e a ficar atento à situação descrita a seguir:

Um grupo de alunos de cursos de graduação em saúde está realizando um programa de vivências e estágio no Sistema Único de Saúde, o Projeto VER-SUS. Nesse projeto, além de conhecer o sistema de saúde e sua organização, também participam de fóruns e debates sobre o SUS.

Em cada aula desta Unidade você vai acompanhar a história desses alunos em uma nova situação-problema e poderá refletir e encontrar respostas por meio de todos os materiais que estão disponíveis a você, ou seja, o livro didático e a webaula.

Então, vamos começar. Bom estudo!

Seção 2.1

História da Saúde no Brasil

Diálogo aberto

Fabio e Lucas, ao visitarem uma Unidade de Pronto-Atendimento (UPA), viram um cartaz que fazia referência à 15ª Conferência Nacional de Saúde no Brasil e ficaram curiosos para entender o que era e por que era organizada em etapas. Levaram, então, o questionamento para professora, que aproveitou a oportunidade para disponibilizar materiais para leitura, e falar para a turma: “a resposta à pergunta do Fabio e do Lucas vocês poderão encontrar nestes materiais”, e acrescentou: “convido todos vocês a lerem e a refletirem sobre a dúvida e, na nossa próxima aula, iremos juntos discutir e responder as questões, OK?”

Para responder à pergunta de Fabio e de Lucas sobre o que seria Conferência Nacional de Saúde, será necessário estudar:

- História do sistema de saúde no Brasil;
- O cenário político, econômico e social (determinantes sociais de saúde que influenciaram nas condições de saúde nas diferentes épocas);
- A reforma sanitária e a importância da VIII Conferência Nacional de Saúde;
- Conferência Nacional de Saúde: objetivos, importância e como é realizada.

Ao final desta aula você será convidado a responder o questionamento dos alunos, que é o seguinte: O que é uma Conferência Nacional de Saúde, para que e como é realizada?

Não pode faltar

O sistema de saúde no Brasil antes do Sistema Único de Saúde

A assistência à saúde até a chegada da família real no Brasil era realizada por curandeiros e pajés, por meio da utilização das plantas, ervas, rezas e feitiços para tratar os doentes. Havia também os práticos, conhecedores de algumas técnicas utilizadas pelos médicos europeus, como as sangrias, que atendiam a um segmento da população com condição de remunerá-los, porém grande parte da população se dirigia aos curandeiros e pajés. Na época, alguns jesuítas vindos da Europa traziam algum conhecimento da prática médica, utilizando-se principalmente do isolamento como técnica para tratamento de doentes.

Com a chegada da família real em 1808, vieram também alguns médicos europeus e foi fundada a primeira faculdade de medicina, objetivando a institucionalização de programas de ensino e a normalização da prática médica em conformidade com os moldes europeus.

Com o tempo, as práticas populares foram substituídas e surgiram hospitais públicos para atender algumas doenças consideradas nocivas à população e de necessário controle pelo Estado, como as doenças mentais, a tuberculose e a hanseníase.

Nesse período havia predomínio das doenças transmissíveis, as primeiras ações de saúde pública que passaram a ser implementadas no Brasil colônia eram voltadas para a proteção e saneamento das cidades, principalmente as portuárias, responsáveis pela comercialização e circulação dos produtos exportados, pelo controle e observação das doenças, dos doentes e dos ambientes; além da teorização acerca das doenças e a construção de conhecimento para adoção de práticas mais eficazes no controle das enfermidades.

A preocupação maior era a saúde da cidade; a assistência ao trabalhador era uma consequência dessa política. Assim, foi implantada a quarentena, ou seja, o afastamento por quarenta dias do doente do ambiente em que residia e circulava, como estratégia de reduzir a propagação de doenças entre os trabalhadores, mas sem a preocupação efetiva com o seu tratamento.

Com a Proclamação da República em 1889, as políticas de saúde ganharam ainda mais espaço, assumindo um papel importante na construção da autoridade estatal sobre o território.

A lavoura do café e toda a base para armazenamento e exportação do produto eram dependentes do trabalho assalariado, e as epidemias como a febre amarela, a peste bubônica e a varíola se alastravam entre os trabalhadores devido às péssimas

condições de saneamento que prejudicavam o crescimento da economia.

Os problemas advindos da falta de saneamento básico e do crescimento das epidemias fizeram com que, em 1903, Oswaldo Cruz propusesse o código sanitário que instituiu a desinfecção, inclusive domiciliar, a notificação permanente dos casos de febre amarela, varíola e peste bubônica e a atuação da polícia sanitária. Ele também implementou sua primeira grande estratégia no combate às doenças: a campanha de vacinação obrigatória. A natureza autoritária dessas campanhas gerou oposição por parte da população, políticos e líderes militares, o que resultou na Revolta da Vacina, em 1904, movimento este contrário à obrigatoriedade de vacinação contra a varíola.

A polícia sanitária tinha, entre outras funções, a tarefa de identificar doentes e submetê-los à quarentena e ao tratamento. Se a pessoa identificada como doente não tivesse recurso próprio para se isolar em fazendas e pagar médicos próprios, era enviada para hospitais gerais ou simplesmente isolada do convívio social, sem qualquer tratamento específico, o que significava uma sentença de morte para a maioria; tal prática causou pânico e insatisfação na população.

Entre 1910 e 1920 teve início a segunda fase do movimento sanitarista com Oswaldo Cruz, e a ênfase passou a estar no saneamento rural e no combate às endemias rurais.

A crise cafeeira, os movimentos populares anarquistas e comunistas reivindicavam ações do Estado por melhorias na atenção à saúde. Foi a partir desses movimentos que em 1923 teve início as Caixas de Aposentadorias e Pensões que proporcionavam também assistência médica, porém não era para todas as categorias. Os benefícios que os segurados recebiam eram: assistência médica para o trabalhador e sua família, medicamentos, aposentadorias e pensões para os herdeiros. Com essas caixas de aposentadoria, apenas uma parcela dos trabalhadores do país passava a contar com uma aposentadoria, pensão e assistência à saúde. Assim, o direito à assistência à saúde estava restrito apenas aos trabalhadores segurados.

Na República Nova, que teve início em 1930, na Era Vargas, ocorreu o fortalecimento da industrialização, surgiram as políticas de proteção ao trabalhador e foi criado o instituto de aposentadoria e pensão, pelo qual os trabalhadores urbanos passaram a ter a assistência médica que estava vinculada a categorias profissionais. O Estado mantinha centros e hospitais para a população pobre, os ricos eram atendidos por médicos particulares e, no período, havia predomínio das doenças relacionadas à pobreza e patologias da vida moderna.

Nos anos de 1950, com o processo de aceleração da industrialização, houve crescimento no sistema de saúde para atender a massa de trabalhadores industriais, surgindo os grandes hospitais, com tecnologia mais avançada e especialização em

recursos humanos. Nessa fase, instaurou-se a prática de convênios com empresas para suprir as demandas cada vez mais crescentes.

Com os avanços das ciências médicas e dos medicamentos, houve aumento da expectativa de vida e a população começou a sofrer de doenças crônicas típicas da modernidade. O modelo de saúde passa a ser centrado em hospitais e a assistência à saúde torna-se mais cara.

O golpe militar de 1964 trouxe mudanças no sistema de saúde, houve ênfase na assistência médica e expansão da medicina previdenciária com a unificação dos institutos de aposentadoria e pensão, dando lugar ao Instituto Nacional de Previdência Social (INPS).

Durante todo o regime militar autoritário houve pouco investimento na área de saúde pública, o saneamento e as políticas de habitação populares foram negligenciados, doenças já erradicadas voltaram, surgiram surtos epidêmicos, a pobreza e a desigualdade social foram intensificadas.

No período houve aumento das moléstias infecto-contagiosas, com aumento de casos de tuberculose, malária e doença de Chagas. O país foi recordista mundial em acidentes de trabalho e teve um grande surto de meningite.

A atenção à saúde era caracterizada por uma separação entre saúde pública, medicina previdenciária e medicina do trabalho. O cenário era marcado por uma prática curativa individual especializada, orientado para a medicina privada, organizado para o lucro e privilégio do setor privado, com aumento do uso de tecnologias.

Essa época, também conhecida como “o fim do milagre econômico”, em 1975, pode ser retratada pela presença de baixos salários, desemprego com graves consequências sociais, como o aumento da marginalidade, das favelas e da mortalidade infantil.

O modelo de atenção à saúde previdenciária passou a demonstrar ser incapaz de solucionar os principais problemas de saúde, tais como:

- As endemias, as epidemias e os indicadores de saúde (mortalidade infantil, por exemplo);
- O aumento dos custos da medicina curativa, centrada na atenção médico-hospitalar de complexidade crescente;
- A diminuição na arrecadação do sistema previdenciário, reduzindo as suas receitas;
- A incapacidade do sistema em atender uma população cada vez maior de

marginalizados que, sem carteira assinada e contribuição previdenciária, se viam excluídos do sistema;

- Desvios de verba do sistema previdenciário para cobrir despesas de outros setores para a realização de obras por parte do governo federal;

O não repasse pela União de recursos do Tesouro Nacional para o sistema previdenciário, visto ser este tripartite (empregador, empregado e União).



Assimile

Como era caracterizado o sistema de saúde no Brasil Colônia, na República Velha (1889 a 1930), na Era Vargas (1930-1964) e no Governo Militar?

A assistência à saúde no Brasil era excludente, pois somente uma parcela da população tinha o direito à assistência médica prestada pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), e os serviços de saúde não conseguiam atender o restante da população.

Os intelectuais da área da saúde divulgavam estudos sobre as condições sociais e de saúde com críticas contundentes à condução política do Estado brasileiro e reivindicavam mudanças efetivas na assistência à saúde no Brasil. Instituições acadêmicas iniciaram o movimento sanitário, que buscava reformular a lógica da assistência na saúde no Brasil.

Reforma sanitária

A reforma no sistema de saúde teve início com o movimento sanitário em meados da década de 1970, porém se estruturou no período da redemocratização do país.

O movimento sanitário buscava transformar a assistência à saúde vigente no país, que era excludente, reivindicava o direito à saúde a todo cidadão, que as ações de saúde fossem integradas em um único sistema, que assegurasse o acesso a toda a população em todos os serviços de saúde, tanto preventivo como curativo; a descentralização da gestão administrativa e financeira das ações de saúde para Estados e municípios, e a participação e o controle social das ações de saúde deveriam ser promovidos pelo Estado.

A concessão de privilégios ao setor privado e a mercantilização da medicina sob o comando da previdência social foram duramente criticadas pelo movimento sanitário.

Em 1985, a ditadura militar chega ao fim e tem início a Nova República, com movimentos populares que exigiam a redemocratização do país e direitos à saúde e cidadania.



Refleta

Refleta sobre as reivindicações do movimento sanitário, o cenário político e as condições de saúde em que o Brasil se encontrava no período da reforma sanitária.

O marco histórico do movimento de reforma sanitária foi a VIII Conferência Nacional em Saúde, em 1986, que reuniu cerca de 4 mil pessoas, mobilizou intelectuais, trabalhadores de saúde e toda a sociedade brasileira para debater e propor medidas que reorientassem o sistema de saúde no Brasil.

Essa conferência contou com a participação, pela primeira vez, das entidades da sociedade civil organizada de todo o país, como representantes sindicais, das associações de profissionais de saúde, de movimentos populares em saúde, do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO).

Alguns itens importantes do relatório da VIII Conferência estão listados a seguir:

- Saúde como Direito em seu sentido mais abrangente, a saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde;
- Direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso a todos os cidadãos, sem discriminação, às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os seus níveis, a todos os cidadãos, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade.

Esse relatório serviu como instrumento de pressão política no contexto da Nova República.

A insatisfação da população e os movimentos sociais em ebulição apoiados pelo movimento sanitário sensibilizaram os constituintes para que fosse criado um novo Sistema de Saúde.



Exemplificando

Exemplificando o Modelo Assistencial Excludente:

O Sistema de Saúde anterior ao SUS era excludente, pois apenas uma parcela da população tinha acesso à saúde. Exemplo: Os trabalhadores com carteira assinada tinham direito à previdência social, porém os

trabalhadores sem carteira assinada e contribuição previdenciária eram excluídos do sistema.

Foram muitos os problemas que deram origem à reformulação do sistema de saúde brasileiro, os mais importantes são:

- Desigualdade no acesso aos serviços de saúde;
- Multiplicidade e falta de coordenação entre as instituições que atuavam no setor;
- Desorganização dos recursos empregados nas ações de saúde, curativas e preventivas;
- Baixa resolutividade e produtividade dos recursos existentes;
- Falta de integralidade da atenção;
- Escassez de recursos financeiros;
- Gestão centralizada e pouco participativa.

O novo sistema de saúde: o SUS

O novo sistema de saúde proposto pela Constituição Federal de 1988 foi denominado SUS. Esta Constituição estabeleceu que a saúde é dever do Estado, que abrange a União, os Estados, o Distrito Federal e os municípios.

Este sistema trouxe uma nova concepção de saúde, não mais centrada na ausência de doença, mas relacionada com qualidade de vida, a qual é composta por um conjunto de bens que engloba alimentação, trabalho, educação, meio ambiente, saneamento básico, renda econômica, moradia, lazer, entre outros.

O SUS integra num único sistema as políticas de saúde, as políticas de previdência e assistência social. Esse novo modelo significou a formulação de uma estrutura de proteção social abrangente, justa, com igualdade na participação e custeio, e democrática, na qual a provisão e o dever de atenção competem ao Estado.

O SUS tem as seguintes características principais:

- Atender a todos, conforme suas necessidades, sem distinção;
- Atuar de maneira integral, isto é, as ações de saúde devem estar voltadas ao indivíduo e à comunidade, englobando ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação;

- Ser descentralizado, ou seja, o poder de decisão deve ser daqueles que são responsáveis pela execução das ações, pois quanto mais perto do problema, mais chance se tem de acertar sobre a sua solução;
- Ser democrático, ou seja, deve assegurar o direito de participação de todos os segmentos envolvidos com o sistema - dirigentes institucionais, prestadores de serviços, trabalhadores de saúde e, principalmente, a comunidade, a população, os usuários dos serviços de saúde.



Pesquise mais

Você poderá pesquisar mais sobre a história do sistema de saúde no Brasil:

PAIM, J. et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**, v. 6736, n. 11, p. 60054-8, 2011. Disponível em: <<http://andromeda.ensp.fiocruz.br/radis/sites/default/files/pdf/brazilpor1.pdf>>. Acesso em: 28 jun. 2015.

BAPTISTA, T. W. F. História das políticas de saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. **Políticas de saúde**: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, p. 29-60, 2007. Disponível em: <www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CCIQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.ensp.fiocruz.br%2Fportal-ensp%2Fdocumentos-pessoais%2Fdownload.php%3Fid%3D12136%26origem%3Dperfil&ei=IZOHVc-6I7OwsASz6YGgBA&usq=AFQjCNGBAN2-IGJ3xl0KMleu8yDsjAHorg&sig2=1Ghtbmbi3jxO-OlxBCeSkQ&bvm=bv.96339352,d.cWw>. Acesso em: 28 jun. 2015.



Faça você mesmo

Faça um quadro caracterizando o Sistema de Saúde na época da Reforma Sanitária e o SUS, em relação ao conceito de saúde, ao modelo de atenção à saúde e ao modelo de gestão adotado.

Sem medo de errar!



Atenção!

Preste atenção às informações passadas em relação à reforma sanitária, a reformulação do Sistema de Saúde, a participação social na VIII

Conferência Nacional de Saúde e o seu relatório com as propostas e diretrizes do SUS.

As Conferências de Saúde são espaços institucionais destinados a analisar os avanços, desafios e limitações do Sistema de Saúde e a propor novas diretrizes para a formulação de políticas de saúde nas três esferas de governo, ou seja, municipal, estadual e nacional.

Elas são realizadas a cada quatro anos com a participação dos movimentos sociais organizados, das entidades ligadas à área da Saúde, dos gestores e dos prestadores de serviços de saúde. São convocadas pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, pelo Conselho de Saúde.

Após a análise e debates realizados nas Conferências, é realizado um relatório apresentando as proposições de medidas que servirão para orientar os governos na elaboração dos planos de saúde e as ações que devam ser priorizadas nos âmbitos estaduais, municipais e nacional.

Nas Conferências, a sociedade debate temas que visam atender às necessidades de saúde da população, qualificar os serviços prestados e, ainda, a participação possibilita maior compreensão por parte da população sobre a organização e funcionamento do SUS.

A Conferência Nacional é um processo realizado em três etapas: Municipal, Estadual e Nacional. Dessa forma, são realizadas inicialmente as Conferências Municipais, onde são discutidas necessidades locais e que serão apresentadas na Conferência Estadual, que por sua vez debatem as proposições nos Estados que serão apresentadas na Conferência Nacional.

A gestão democrática do SUS se efetiva principalmente através das Conferências de Saúde, de caráter propositivo e dos Conselhos de Saúde, que são deliberativos e permanentes no SUS, em cada esfera de governo, é um importante modelo de participação da cidadania, que se dá através da sociedade civil organizada e da consagração do processo de controle social.

Controle social é de vital importância para o acompanhamento do desenvolvimento das ações e serviços, bem como da fiscalização dos gastos públicos.



Lembre-se

Você poderá pesquisar mais sobre as Conferências Nacionais de Saúde:

DOS SANTOS, M. A.; NEVES, V. R.; SANNA, M. C. Conferências Nacionais de Saúde e o Serviço de Ouvidoria no Brasil. **Hist. Enf. Rev. Eletr.**, v. 5, n. 1,

p. 3-14, 2014. Disponível em: <<http://www.here.abennacional.org.br/here/vol5num1artigo1.pdf>>. Acesso em: 28 jun. 2015.

Avançando na prática

Pratique mais	
Instrução Desafiamos você a praticar o que aprendeu transferindo seus conhecimentos para novas situações que você pode encontrar no ambiente de trabalho. Realize as atividades e depois as compare com as de seus colegas.	
A saúde enquanto direito	
1. Competência de Fundamentos de Área	Conhecer e atuar em atividades planejadas, criando condições de produzir mudanças de comportamento desejadas em relação à saúde.
2. Objetivos de aprendizagem	Criar condições didático-pedagógicas para que os alunos adquiram conhecimentos sobre o SUS, o direito ao acesso e a assistência na rede de serviços que integram o SUS.
3. Conteúdos relacionados	<ul style="list-style-type: none"> • Saúde enquanto direito da população. • Organização do sistema em rede de serviços públicos e privados que atuam sob os mesmos princípios do SUS.
4. Descrição da SP	Dona Violeta socorreu uma senhora idosa que sofreu uma queda na rua muito perto de sua residência. A senhora estava assustada e muito confusa e foi levada para um hospital bem próximo do local. Dona Violeta estava preocupada se realmente ela conseguiria ser atendida nesse hospital.
5. Resolução da SP	<p>O SUS assegura a saúde enquanto direito de todo cidadão brasileiro e ele integra um funcionamento simultâneo de uma rede de atendimento pública e gratuita ao cidadão e outra privada, que atua de maneira complementar e conforme as diretrizes do SUS.</p> <p>Os hospitais que atendem urgência e emergência devem realizar uma triagem, com classificação de risco, que avaliará as condições de saúde e risco, necessidade de internação, alta ou transferência para outra unidade.</p> <p>Embora haja problemas com número de vagas, leitos hospitalares, o não atendimento pode levar a complicações com risco de morte e caracterizar omissão de socorro para a Unidade de saúde e funcionários que negarem atendimento.</p>



Lembre-se

Estudamos o Sistema de Saúde no Brasil e sua reformulação com a implantação do SUS. Você poderá ler mais sobre o assunto no link a seguir: Disponível em: <<http://www.cremesp.org.br/novaHome.php?siteAcao=PesquisaLegislacao&dif=a&ficha=1&id=12467&tipo=RESOLU%CC>>

7%C3O&orgao=Conselho%20Federal%20de%20Medicina&numero=2077&situacao=VIGENTE&data=24-07-2014>. Acesso em: 28 jun. 2015.



Faça você mesmo

Pesquise e faça um quadro definindo os termos: direito universal à saúde, acesso a serviços de saúde.

Faça valer a pena

- 1.** A Saúde Pública no Brasil teve caráter autoritário nas campanhas de prevenção no período:
 - a) Do Brasil Colônia.
 - b) Na República Velha (1889-1930).
 - c) Na Era Vargas (1930-1964).
 - d) No Governo Militar (1964-1985).
 - e) Na época da Reforma Sanitária (1985-1988).

- 2.** Qual foi o período que teve início as caixas de Aposentadorias e Pensões que proporcionavam assistência médica?
 - a) Brasil Colônia.
 - b) Na República Velha (1889-1930).
 - c) Na Era Vargas (1930-1964).
 - d) No governo militar (1964-1985).
 - e) Com a implantação do SUS.

- 3.** O movimento sanitário teve início na década de 70, nesse período, a saúde no Brasil:
 - a) Apresentava avanços devido ao desenvolvimento das ciências médicas e dos medicamentos. Houve aumento da expectativa de vida, com isso, a população começou a sofrer de doenças crônicas típicas da modernidade.
 - b) Era caracterizada pela existência da polícia sanitária e campanhas de natureza autoritária, o que gerou oposição por parte da população, políticos e líderes militares, e resultou na Revolta da Vacina.
 - c) Apresentava séria crise, com aumento de casos de moléstias infecto-contagiosas, com aumento de casos de tuberculose, malária e doença de Chagas.

d) Caracterizava-se por grande investimento em hospitais públicos para atender algumas doenças consideradas nocivas à população e de necessário controle pelo Estado, como as doenças mentais, a tuberculose e a hanseníase.

e) Passava por graves problemas com doenças como cólera, varíola e peste bubônica e para combatê-las foram implementadas as campanhas de vacinação obrigatória.

Seção 2.2

Sistema Único de Saúde – Princípios Doutrinários

Diálogo aberto

Laura, ao realizar uma visita à Unidade de Saúde pelo projeto VER-SUS, acompanhou a discussão do caso de um paciente: Jair, 78 anos, hipertenso, diabético, que necessitava passar em avaliação com um cirurgião vascular e realizar exames que não são feitos na Unidade Básica. A esposa havia passado na unidade e relatado que ele estava com dificuldade para andar devido à dor e ao inchaço na perna direita e que está aguardando para passar em consulta com o especialista há mais de 30 dias. Na reunião da equipe foi discutida a necessidade de visita domiciliar ao paciente para acompanhamento do caso, mas a médica reclamou que ficava difícil assegurar o cuidado adequado e o princípio da integralidade, o que deixou a aluna curiosa, e se lembrou que já havia lido na apostila de saúde coletiva o termo integralidade, mas tinha ficado intrigada, seria o princípio da integralidade mencionado pela médica? Qual a relação desse princípio com o caso?

A professora aproveitou o questionamento, disponibilizou materiais para leitura e falou para a turma: “a resposta à pergunta de Laura vocês vão encontrar nestes materiais, convido todos vocês a lerem e a refletirem sobre essa pergunta e, em nossa próxima aula, discutiremos juntos a questão, Ok?”

Para responder à pergunta da aluna sobre o que é o Princípio da Integralidade, você deverá estudar:

- Os Princípios Doutrinários do SUS;
- O Princípio da Integralidade e seus diferentes sentidos;
- A Constituição de 1988 e a Lei Orgânica de Saúde 8.0.

Não pode faltar

Os princípios e diretrizes do SUS são as bases para o funcionamento e estruturação do sistema de saúde atual no Brasil.

Dentre os princípios, podemos classificá-los em doutrinários, que são os valores e concepções filosóficas que fundamentam o SUS. Já os princípios organizativos representam a forma como o sistema é organizado, as estratégias e os meios utilizados para garantir que os princípios doutrinários, ou seja, os valores fundamentais do SUS, sejam assegurados. Nesse sentido, os princípios organizativos são também denominados diretrizes, pois por meio deles é possível alcançar os objetivos do SUS.

A base legal do SUS é constituída fundamentalmente por três documentos que estruturam e organizam o sistema de saúde, são eles: a Constituição de 1988, a Lei Orgânica de Saúde nº 8.080/90 e a Lei nº 8.142/90.



Assimile

Assimile os conceitos de Princípios Doutrinários e Organizativos e os motivos pelos quais os Princípios Organizativos são também denominados diretrizes.

Objetivos do SUS

Segundo a Lei nº 8.080, em seu art. 5, os objetivos do atual sistema de saúde são a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde; a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a redução de riscos de doenças e de outros agravos, bem como a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

Princípios doutrinários

Dentre todos os princípios doutrinários, temos a Universalidade, a Equidade e a Integralidade.

1. Princípio da universalidade

A Constituição Federal, em seu artigo 196, assegura a saúde enquanto direito de todos os cidadãos e dever do Estado. O que significa dizer que a saúde é um direito e não um serviço ao qual se tem acesso por meio de uma contribuição ou pagamento de qualquer espécie, como ocorria anteriormente ao SUS. Conforme

o referido artigo, todos os brasileiros têm direito à atenção à saúde.

Em seu art. 196, define: “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

A universalidade do SUS garante o direito à saúde por meio das políticas públicas, e também a igualdade de acesso sem distinção de raça, sexo, religião ou qualquer outra forma de discriminação do cidadão brasileiro.

Ao considerar a saúde enquanto resultante das condições de vida, ou seja, dependente das condições socioeconômicas, e enquanto direito de cidadania e dever do Estado, esse princípio traz dois desafios ao SUS, que são: a universalidade do acesso às ações e serviços de saúde e a universalidade a condições de vida que possibilitem boas condições de saúde.

É um desafio grande que depende não apenas da reformulação do setor saúde, mas impõe a necessidade de uma sociedade mais justa, igualitária e democrática.



Refleta

Refleta sobre os desafios que o princípio da universalidade trouxe ao SUS e tente justificar quais as dificuldades encontradas para assegurar o direito universal à saúde.

2. Princípio da equidade

Esse princípio assegura o direito a ações e serviços de todos os níveis, de acordo com a complexidade que cada caso exija, more o cidadão onde morar, sem privilégios e sem barreiras. Mesmo considerando as desigualdades existentes, todo cidadão é igual perante o SUS e será atendido conforme suas necessidades.



Vocabulário

Equidade – O conceito de equidade em saúde significa reduzir as desigualdades, ou seja, promover meios de tornar mais justo o acesso aos serviços de saúde.

Sancionada – Significa quando a lei é aprovada.

Embora o entendimento de equidade não esteja presente nos textos que fundamentam o SUS, pois, inicialmente, na constituição a preocupação principal

era assegurar a igualdade de direitos enquanto cidadãos de acesso aos serviços de saúde, porém, posteriormente, a igualdade foi substituída pela equidade.

A equidade se difere da igualdade, pois identifica as diferenças existentes entre as regiões e os diversos grupos populacionais. Dessa forma, o princípio de equidade traz a necessidade de reduzir as diferenças existentes entre as regiões e populações, por meio de ações e serviços de saúde.

Apesar de reconhecermos as iniquidades, ou seja, as desigualdades no acesso ao sistema de saúde e na distribuição da riqueza no Brasil, o princípio da equidade tem o desafio de construir estratégias que proporcionem o atendimento mais justo, segundo as necessidades da população.

O desafio imposto ao sistema de saúde por este princípio é identificar os critérios de eleição de distribuição de ações, serviços e insumos a favor da equidade.

Princípio da integralidade

O Princípio da Integralidade é amplamente discutido não apenas pela sua importância na construção do SUS, mas principalmente devido aos múltiplos sentidos que a integralidade possui.

Este princípio reconhece que cada indivíduo é um ser biopsicossocial e, portanto, necessita de atenção integral. Simultaneamente, considera que cada indivíduo vive e pertence a uma comunidade e que as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde devam ser integradas e devam considerar as necessidades individuais e coletivas.

Fundamentadas nessa concepção, as unidades prestadoras de serviço, com seus diversos graus de complexidade, formam também um todo indivisível, configurando um sistema que deva ser capaz de prestar assistência integral.

A Constituição afirma que a assistência integral deve priorizar as ações preventivas, sem prejuízo das ações de assistência, o que significa dizer que o usuário do SUS tem o direito a serviços que atendam às suas necessidades, desde ações preventivas a ações de cura e reabilitação, com prioridade para o desenvolvimento de ações preventivas. A ênfase dada às ações de prevenção foi justamente para privilegiar as ações preventivas e coletivas que eram negligenciadas no antigo sistema de saúde, no período da reforma sanitária.

Ao fazer referência à atenção integral, também diz respeito à crítica ao reducionismo biomédico, anteriormente adotado, que fragmentava o indivíduo em órgãos e sistemas. Assim, ao fazer uso do conceito ampliado de saúde, compreende as diversas dimensões que determinam a produção da saúde e da doença, envolvendo o sujeito como um todo, suas necessidades, incluindo suas relações com a sociedade, o meio ambiente, o trabalho e não apenas a dimensão biológica.

Esse princípio também é referenciado na Lei Orgânica da Saúde, Lei nº 8.080/90, em seu art. 7º, o qual institui que ações e serviços independentemente de serem públicos ou privados devem seguir os princípios do SUS, conforme descrito na Constituição de 1988, respeitando os seguintes princípios:

II – Integralidade de assistência, entendida como conjunto estruturado e ininterrupto de serviços e ações preventivas e curativas, individuais e coletivas, segundo a necessidade de cada caso, nos diversos níveis de complexidade do sistema.

Como pode se verificar na Lei nº 8.080, faz-se referência à integralidade no sentido de permitir a integração de serviços através de redes assistenciais, reconhecendo que nenhum serviço ou organização dispõem da totalidade de bens materiais e competências necessárias para a solução dos problemas de saúde.

Posteriormente, o princípio da integralidade passou a ser utilizado como diretriz no planejamento de políticas de saúde que devem ser formuladas tendo em vista a integralidade na atenção às necessidades de grupos específicos. Como exemplo desse tipo de política, temos a atenção integral à saúde da mulher, a política de atenção às doenças sexualmente transmissíveis/síndrome da imunodeficiência adquirida (DST/AIDS).

Em síntese, ao considerar o homem um ser integral, biopsicossocial, este deverá ter todas as suas necessidades atendidas por um sistema de saúde integrado, visando à promoção, proteção e recuperação da saúde, conferindo boas condições de vida.



Exemplificando

Para exemplificar a adoção do princípio da integralidade no cuidado integral, pode-se observar:

- Na assistência e no cuidado a um paciente hipertenso diante de uma crise hipertensiva, o médico, além de medicar, deve dialogar, escutar e identificar os possíveis fatores associados à crise, educando o paciente quanto à necessidade de cuidados com uma alimentação hipossódica, ou seja, com pouca ingestão de sal e quanto à necessidade de atividade física regular, entre outras práticas que possam auxiliá-lo no controle da hipertensão e na manutenção de sua saúde.

Caso seja constatada a presença de fatores sociais e familiares que possam agravar seu estado, verificar a necessidade de apoio de outro profissional ou a inclusão em um grupo de apoio, sendo realizado encaminhamento com acompanhamento do caso.

As bases legais do SUS

A Constituição Federal ao incluir a saúde no texto constitucional fez com que fosse necessária a criação de um conjunto de leis que normatizassem a organização e a implementação do SUS.

A Lei Orgânica da Saúde nº 8.080, sancionada em setembro de 1990, criou o SUS, que dispôs sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes ao SUS, detalhou os objetivos e atribuições; os princípios e diretrizes. Dispôs, ainda, a organização, direção e gestão, a competência e atribuições nos três níveis (Federal, Estadual e Municipal); a participação complementar do sistema privado; os recursos humanos; financiamento e gestão financeira, e planejamento e orçamento.

Essa lei, no Capítulo II, em seu art. 7º, faz referência aos Princípios da:

I - Universalidade de acesso a todos os serviços de saúde em qualquer nível de assistência;

II - Integralidade de assistência, compreendida como conjunto estruturado e ininterrupto de serviços e ações preventivas e curativas, individuais e coletivas, segundo a necessidade de cada caso, nos diversos níveis de complexidade do sistema;

III - Manutenção da autonomia dos indivíduos na defesa de sua integridade física e moral;

IV - Igualdade da assistência à saúde, sem nenhum tipo de distinção;

V - Direito à informação sobre questões relativas à saúde dos indivíduos assistidos;

VI - Divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;

VII - Utilização da epidemiologia para eleger as prioridades, determinar as estratégias e meios, bem como a programação de ações;

VIII - Participação Popular;

IX - Desconcentração de poderes e recursos do nível federal, para o estadual e municipal:

a) Com foco na descentralização dos serviços para os municípios;

b) Regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde.

X - Agregar ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;

XI - Junção dos recursos (financeiros, materiais, humanos e tecnológicos) da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação da assistência à saúde dos cidadãos;

XII - Habilidade para realização dos serviços em todos os níveis de assistência;

XIII - Estruturação dos serviços públicos, visando evitar repetição de meios para as mesmas finalidades.

Posteriormente, em dezembro de 1990, foi sancionada a Lei nº 8.142, que dispôs sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros. Instituiu também os Conselhos de Saúde e conferiu legitimidade aos organismos de representação de governos estaduais, Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS), e municipais, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS).

Dessa forma, estava criado o arcabouço jurídico do SUS, que mais tarde foi complementado com as Normas Operacionais Básicas.

É extremamente importante que profissionais de saúde e gestores do sistema de saúde conheçam a legislação estruturante do SUS.



Pesquise mais

PAIM, J. S.; SILVA, L. M. V. Universalidade, Integralidade, Equidade e SUS. **BIS. Boletim do Instituto de Saúde**. São Paulo, v. 12, n. 2, 2010. Disponível em: <http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-18122010000200002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 30 jun. 2015.

MATTA, G. Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. In: **Políticas de saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde**. 2007. p. 61-80. Disponível em: <<http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/sus-18062>>. Acesso em: 30 jun. 2015.



Faça você mesmo

Faça um quadro explicando os três princípios (Universalidade, Equidade e Integralidade), justificando sua importância na estruturação do SUS.

Sem medo de errar!



Atenção!

Esteja atento aos múltiplos sentidos da integralidade, procure entender de que forma o princípio da integralidade direciona as práticas de saúde, em relação à assistência e cuidados ao paciente, na atenção.

A integralidade é assegurada quando se disponibiliza visitas domiciliares para idosos e portadores de deficiência, que têm dificuldade de acesso, bem como um local de espera para atendimento adequado, uma comunicação clara entre profissionais e pacientes, quando se garante acesso a outros níveis de atenção.

Por exemplo, um indivíduo ao procurar o atendimento de saúde em uma Unidade Básica de Saúde, para que receba uma atenção integral, necessariamente precisará ter um atendimento que permita a escuta de suas necessidades, a identificação dos fatores que podem estar comprometendo sua saúde e provocando o adoecimento.

Para tal, é imprescindível que os profissionais de saúde envolvidos com o caso dialoguem, escutem suas queixas, estabeleçam vínculo com seu paciente, respeitando suas crenças e escolhas na elaboração do plano terapêutico.

Do contrário, o usuário ou paciente poderá sair da consulta com uma prescrição de medicamento que não necessariamente dará conta de evitar os agravos e complicações que poderão surgir e continuará adoecendo.



Lembre-se

Os desafios para assegurar o princípio da Integralidade na assistência, você poderá conhecer no link a seguir:

VIEGAS, S. M. F.; PENNA, C. M. M. O SUS é universal, mas vivemos de cotas. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 181-190, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000100019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 jun. 2015.

Avançando na prática

Pratique mais

Instrução

Desafiamos você a praticar o que aprendeu transferindo seus conhecimentos para novas situações que você pode encontrar no ambiente de trabalho. Realize as atividades e depois as compare com as de seus colegas.

Buscando a Equidade na Saúde	
1. Competência de Fundamentos da Área	Conhecer e atuar em atividades planejadas, criando condições de produzir mudanças de comportamento desejadas em relação à saúde.
2. Objetivos de aprendizagem	Criar condições para que o aluno entenda os princípios doutrinários que alicerçam o SUS. Permitir que o aluno os relacione com os desafios presentes na prática do profissional de saúde.
3. Conteúdos relacionados	<ul style="list-style-type: none"> • Direito à Saúde; • Princípios doutrinários do SUS; • Bases legais do SUS.
4. Descrição da SP	Uma senhora 69 anos, diabética e hipertensa, com insuficiência renal necessita de hemodiálise. Porém, seu município não dispõe do serviço. Considerando o caso, qual o princípio do SUS que deve assegurar a assistência à senhora?
5. Resolução da SP	O princípio envolvido no caso é a Equidade, pois a paciente embora resida em um município que não dispõe do serviço, segundo o princípio da equidade, é assegurado o direito a ações e serviços de todos os níveis, de acordo com a complexidade que cada caso exija, more o cidadão onde morar, sem privilégios e sem barreiras. Mesmo considerando as desigualdades existentes, todo cidadão é igual perante o SUS e será atendido conforme suas necessidades.



Faça você mesmo

Refleta e escreva os desafios enfrentados pelos profissionais de saúde, gestores do SUS, para assegurar que os princípios doutrinários sejam ofertados.

Faça valer a pena

1. Os Princípios doutrinários conferem ampla legitimidade ao SUS, dentre eles temos: a Universalidade, a Equidade e a Integralidade. Podemos afirmar que a Lei nº 8.080/90 em seu art. 7º dispõe:

- a) A integralidade na assistência, compreendida como acesso a todos os serviços de saúde em qualquer nível de assistência.
- b) A integralidade na assistência, compreendida como estruturação dos serviços públicos, visando evitar repetição de meios para as mesmas finalidades.
- c) A integralidade na assistência, compreendida como junção de ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico.

d) A integralidade na assistência, como igualdade na assistência à saúde, sem nenhum tipo de distinção.

e) A integralidade na assistência, compreendida como conjunto estruturado e ininterrupto de serviços e ações preventivas e curativas, individuais e coletivas, segundo a necessidade de cada caso, nos diversos níveis de complexidade do sistema.

2. O Princípio da Equidade é um princípio doutrinário que:

a) Assegura a participação social.

b) Assegura igualdade de condições a todos os cidadãos, mesmo considerando as desigualdades.

c) Assegura preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral.

d) Assegura a capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência.

e) Assegura a organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

3. Podemos afirmar que, segundo o art. 7º da Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90), o Princípio da Integralidade assegura:

a) Formação integral dos profissionais de saúde.

b) Educação em Saúde Integral.

c) Políticas Públicas integrais.

d) Conjunto estruturado e ininterrupto de serviços e ações preventivas e curativas, individuais e coletivas, segundo a necessidade de cada caso, nos diversos níveis de complexidade do sistema.

e) Atenção ao trabalho multiprofissional.

Seção 2.3

Sistema Único de Saúde – Princípios Organizativos

Diálogo aberto

Marcos e Lucas, alunos inscritos no Projeto VER-SUS, participaram de um seminário no qual foi discutida a municipalização da Gestão no Sistema Único de Saúde e levaram questionamentos para a professora da disciplina de Formação Integral em Saúde, sobre como era feita a Gestão do SUS, quais as responsabilidades nas diferentes esferas de governo.

A professora aproveitou o questionamento dos alunos e compartilhou as dúvidas com a turma, disponibilizou materiais para leitura e falou: “a resposta às perguntas vocês vão encontrar nestes materiais, convido todos vocês a lerem e a refletirem sobre esta pergunta e, em nossa próxima aula, discutiremos juntos a questão, Ok?”

Para responder à pergunta dos alunos sobre como é feita a Gestão do SUS, as atribuições e responsabilidades entre as três esferas de governo, você deverá estudar:

- Os Princípios Organizativos;
- A legislação do SUS (Leis Orgânicas de Saúde (LOS) nºs 8.080/90 e 8.142 e as Normas Operacionais Básicas);
- O papel do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEM), Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e Comissão Intergestores Tripartite (CIT).

Não pode faltar

O SUS foi construído segundo Diretrizes Organizativas, também denominadas Princípios Organizativos. Esses princípios direcionam a conformação do sistema para assegurar os valores ideológicos e o bom funcionamento e organização do Sistema.

Princípios organizativos

Dentre os princípios ou diretrizes organizativas, os mais importantes são: a Descentralização, a Regionalização e Hierarquização, e a Participação Social.



Assimile

Assimile a importância dos Princípios Organizativos para a estruturação do SUS.

Princípio da descentralização

A Constituição de 1988, no art. 198, definiu a organização do atual sistema de saúde como descentralizada, com direção única em cada nível de governo. Partindo do princípio da descentralização, também denominado por alguns autores como diretriz por ser considerado uma estratégia para a distribuição de poder político, de responsabilidades e de recursos do nível federal para o estadual e municipal, nos três níveis de governo há uma direção: no governo federal, o ministério da saúde, nos Estados e distrito federal, as secretarias estaduais de saúde, e nos municípios, as secretarias municipais de saúde.

As atribuições são comuns aos três níveis de governo, do mesmo modo que o papel e as responsabilidades de cada governo na organização e operacionalização do SUS foram definidas na (Lei nº 8.080, de 1990), e posteriormente, detalhadas nas Normas Operacionais Básicas (NOB).

Para organizar e regular a descentralização do SUS, existem mecanismos e estratégias de representação e monitoramento das pactuações políticas e administrativas que são realizadas entre as três esferas de governo. Essas representações são feitas pelo CONASEM, CONASS, CIB e CIT.

Princípio da regionalização e hierarquização

A Lei nº 8.080/90 dispôs sobre a necessidade de Regionalização e Hierarquização, este Princípio direciona a conformação do sistema tendo como foco aproximar as ações segundo as necessidades e características da região, do território. A partir do estudo do perfil populacional, dos determinantes e condicionantes da saúde, dos indicadores epidemiológicos, das condições de vida, de saúde e suporte social é que são planejadas e implantadas as ações e serviços na região.

Com este princípio se aproxima a gestão municipal das necessidades da população, das problemáticas de saúde, das condições de vida existentes nas diversas regiões que compõem o município, a organização do sistema tem maior capacidade para atender às necessidades da população, melhorar a oferta e

gerenciamento do acesso e de serviços para a população.

A Hierarquização ordena o sistema segundo níveis de atenção e estabelece fluxos de assistência entre os serviços.

A articulação entre ações e serviços deve ser realizada oferecendo ações de promoção e prevenção até ações que exijam equipamentos e tecnologias mais complexos, como recursos diagnósticos, internação e cirurgias. Dessa forma, a rede é composta por unidades simples e mais complexas, que se articulam mediante um fluxo de referência e contrarreferência, e essa organização é fundamental para possibilitar a integralidade na atenção.

Nos casos em que o município não disponha em sua rede de atenção serviços mais complexos, necessários ao seu município, é feita parceria com outros municípios, a fim de atender às necessidades de seu cidadão e de toda a população.

A conformação dos serviços deve ocorrer de forma articulada, hierarquizada e regionalizada, para possibilitar melhor identificação das problemáticas de saúde de determinada região e favorecer ações de vigilância epidemiológica, sanitária, controle de vetores, educação em saúde, além de possibilitar atenção em todos os níveis de complexidade.



Pesquise mais

VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. F. O Sistema Único de Saúde. In: - maiúsculas: CAMPOS, G. W. de S. et al. (Orgs.). **Tratado de saúde coletiva**. 2. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. Disponível em: <<http://www.ufjf.br/facfisio/files/2012/06/refe.-SUS-Vasconcelos-e-Pasche.pdf>>. Acesso em: 6 jul. 2015.

MACHADO, C. V.; LIMA, L. D.; BAPTISTA, T. W. F. Princípios organizativos e instâncias de gestão do SUS. In: GONDIM, R.; GABROIS, V.; MENDES, W. (Org.). **Qualificação de gestores no SUS**. Rio de Janeiro: EAD, Ensp, p. 47-72, 2011. Disponível em: <http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_339793983.pdf>. Acesso em: 6 jul. 2015.

Princípio da participação da comunidade

A participação da população está assegurada na Constituição de 1988, no art. 198, e regulamentada na Lei nº 8.142 de 1990, que dispôs sobre os espaços institucionais de participação da população no SUS, formalizando e institucionalizando-as como dispositivos permanentes de formulação e acompanhamento das políticas no interior do sistema. Essas instâncias de participação popular são os Conselhos de Saúde e as Conferências de Saúde.

Os Conselhos de Saúde estão presentes nos três níveis de governo, representados pelo Conselho Nacional, Estadual e Municipal de Saúde. E são compostos: metade por representantes de usuários e o restante por trabalhadores da saúde, representantes da gestão e prestadores privados.

Os Conselhos de Saúde possuem caráter deliberativo e devem se reunir permanentemente, visando influir na elaboração de políticas em suas áreas de atuação, assim como exercer o controle social sobre a execução, acompanhamento e avaliação das ações e políticas de saúde, inclusive em suas dimensões financeiras e administrativas. Suas decisões devem ser homologadas pelo gestor do SUS em cada nível de governo.

As Conferências de Saúde são realizadas a cada quatro anos, em cada nível de governo, com a representação dos diversos segmentos sociais, podendo ser convocadas pelo Poder Executivo ou extraordinariamente pela própria conferência ou pelos conselhos. Elas têm como objetivo avaliar a situação de saúde em cada uma de suas áreas de competência e propor as diretrizes para formulação de políticas.

Normas Operacionais Básicas (NOB)

As Normas Operacionais do SUS foram instituídas por meio de portarias ministeriais, que definiram as competências de cada nível de governo e as condições necessárias para que Estados e municípios participassem no processo de implantação do SUS. O conteúdo dessas portarias foi definido conjuntamente entre o Ministério da Saúde e os representantes do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS).

As Normas Operacionais Básicas (NOB) 01/91, 01/92, 01/93 e 01/96 compõem os principais instrumentos normalizadores do processo de descentralização das ações e serviços de saúde no Brasil e são um dos pilares de sustentação do Sistema Único de Saúde. As NOB 01/91 e 01/92 impulsionaram a descentralização, mas seu enfoque no financiamento ainda era principalmente na assistência médica, curativa e individual. O avanço da NOB 01/93 para as anteriores se refere ao financiamento, à gestão simplificada, permitindo maior autonomia sobre o pagamento dos prestadores, favorecendo a gestão municipal.

A NOB 01/96 determinou o formato da reorientação do modelo assistencial brasileiro, quando definiu os papéis no âmbito de governo, principalmente relacionado à direção única; os instrumentos gerenciais para que municípios e Estados assumissem seus respectivos papéis na gestão do SUS; os mecanismos e fluxos de financiamento, com base em programações ascendentes, pactuadas e integradas; o gerenciamento no SUS, valorizando os resultados advindos de programações com critérios epidemiológicos e desempenho com qualidade;

os vínculos dos serviços com os seus usuários, suas famílias e comunidades, estimulando e dando condições para uma efetiva participação e controle social.

Com a NOB 01/96 houve a consolidação da política de municipalização, que estabeleceu a gestão plena do sistema municipal e a gestão plena da atenção básica e redefiniu as responsabilidades da União e dos Estados.



Refleta

Refleta sobre a relação entre o princípio de descentralização e as Normas Operacionais Básicas e quais as contribuições destas NOB na Organização do SUS.

Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS)

A Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS-SUS 01/01) apresentou um conjunto de estratégias que visavam promover maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações e serviços de saúde em todos os níveis de atenção. Por meio dessa norma, foi estabelecido o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde.

Como instrumento de ordenamento do processo de regionalização da assistência nos Estados e no Distrito Federal, foi instituído o Plano Diretor de Regionalização (PDR), proposto para assegurar o acesso aos cidadãos, a ações e serviços que incluem desde a promoção e prevenção de agravos, à assistência e acompanhamento integral a saúde, com tratamento clínico e cirúrgico, incluindo a saúde bucal e suprimento de medicamentos básicos.

Nesse PDR deve conter a organização do território estadual em regiões ou microrregiões de saúde e módulos assistenciais, com a identificação dos municípios- -sede, município-polo e dos demais municípios abrangidos, as prioridades de intervenção em cada região/microrregião, bem como os mecanismos de relacionamento intermunicipal com organização de fluxos de referência e contrarreferência e implantação de estratégias de regulação, visando à garantia do acesso da população aos serviços.



Exemplificando

O Módulo assistencial corresponde ao módulo territorial com resolubilidade correspondente ao primeiro nível de referência. Por exemplo, que possuam um conjunto mínimo de serviços de média complexidade, compreendendo atividades ambulatoriais de apoio diagnóstico (exames

de patologia clínica, RX e ultrassonografia) e terapêutico (médico e profissionais de outras especialidades da saúde de nível superior, exemplo: odontologia, fisioterapia, entre outros, e internação hospitalar em clínica médica, pediátrica e obstétrica).

Considera-se município-sede aquele que está habilitado na Gestão Plena do Sistema de Saúde Municipal, pois oferece os serviços que se façam necessários a sua população e a de outros municípios da região. Já município-polo, é considerado município de referência para qualquer nível de atenção.

A elaboração do PDR compete às secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal em consonância com o Plano Estadual de Saúde, devendo o mesmo ser aprovado pela Comissão Intergestores Bipartite e pelo Conselho Estadual de Saúde.

A Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS 01/02) instituiu que o município-sede de módulo assistencial podia estar habilitado em Gestão Plena de Sistema Municipal, quando em situação de comando único municipal ou em GPABA, quando em situação de comando único estadual; o gerenciamento da vigilância sanitária e vigilância epidemiológica e gestão sobre o sistema de hemonúcleos/hemocentros (públicos e privados) e laboratórios de saúde pública é de competência do Estado e, ainda, era prerrogativa dos Estados habilitados nesta NOAS 01/02 receber a transferência regular e automática dos recursos correspondentes ao financiamento *per capita* do conjunto mínimo de serviços de média complexidade (M1) em regiões ou microrregiões qualificadas, nos casos em que o município-sede do módulo assistencial estivesse habilitado em Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada.



Faça você mesmo

Faça uma síntese determinando a contribuição das NOB para o processo de descentralização e das NOAS para o de regionalização e hierarquização.

Sem medo de errar!



Atenção!

A gestão no SUS é descentralizada do tipo político administrativa, o que significa dizer que há distribuição de responsabilidades, poder, serviços e recursos entre os governos Federal, Estadual e Municipal.

No âmbito municipal, os secretários municipais são os gestores responsáveis pelo planejamento, execução e avaliação das ações em todos os níveis de atenção. Assim, o município é o responsável pelas ações e serviços prestados aos munícipes, responsável por identificar as necessidades e as prioridades em saúde em seu território, avaliar a política municipal, a qualidade da assistência, dos serviços prestados (públicos e contratados), de prestar serviços de vigilância epidemiológica e sanitária, contratar e capacitar recursos humanos, gerenciar as Unidades de Saúde em seu território, estabelecer fluxos de referência, fazer integração da rede de serviços, articulação e pactuação de referências com outros. Além da secretaria municipal, existe o Conselho Municipal de Saúde, que exerce o controle, o planejamento e a fiscalização da Política de Saúde no Município, incluindo aspectos econômicos e financeiros.

Ao nível estadual, além da Secretaria de Saúde, existe o Conselho Estadual de Saúde e a Comissão de Intergestores Bipartite (formada por gestores estaduais e municipais). Compete ao secretário estadual de saúde a responsabilidade pela supervisão e coordenação das ações de saúde do seu Estado. Ao Estado cabe apoiar e fortalecer a integração entre as secretarias municipais da saúde, identificar as prioridades em âmbito estadual, auxiliar na regionalização e no plano integrado, definir a alocação de recursos federais e estaduais nos municípios, apoio a articulação intermunicipal, avaliação das políticas estaduais. Seu plano diretor será a consolidação das necessidades propostas de cada município, através de planos municipais, ajustados entre si. O Estado deverá corrigir distorções existentes e induzir os municípios ao desenvolvimento das ações.

O Conselho Estadual de Saúde é uma instância colegiada, vinculado à Secretaria Estadual da Saúde, que tem por finalidade deliberar sobre a política de saúde do Estado; a direção estadual do SUS; o regimento interno do CES e assuntos a ele submetidos pela Secretaria de Estado da Saúde e pelos seus conselheiros.

A Comissão Intergestores Bipartite é uma instância de articulação estadual que objetiva orientar, regulamentar e avaliar a descentralização das ações de saúde. São constituídas por representantes do governo estadual, indicados pela Secretária de Estado da Saúde, e dos secretários municipais de saúde, indicados pelo Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS).

Os secretários municipais de Saúde discutem sobre os temas estratégicos, antes de apresentar suas proposições na CIB. Os COSEMS são, também, espaços de articulação política entre gestores municipais de Saúde.

Dessa forma, compete aos Estados o planejamento e o gerenciamento do SUS no seu nível de responsabilidade e realizar ações de saúde não executadas pelos municípios.

Na esfera federal, o Ministério da Saúde (MS) tem a missão de comandar o

conjunto de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, identificando riscos e necessidades nas diferentes regiões para a melhoria de acesso, equidade e assistência à saúde, devendo estabelecer prioridades em âmbito nacional, desenvolver a normatização, assegurar a unicidade no sistema, planejamento de políticas estratégicas no campo tecnológico, de insumo e recursos humanos, garantir recursos suficientes para o setor saúde, regulação dos planos privados e insumos dos sistemas estaduais, da política de recursos humanos e coordenação das redes de referência estaduais e nacionais. Tem a responsabilidade de formular, coordenar e realizar o controle da Política Nacional de Saúde. Além de importantes funções no planejamento, financiamento, cooperação técnica e no controle do SUS. Na esfera federal, existe o MS, CNS e a Comissão Intergestora Tripartite.

A Comissão Intergestora Tripartite é um espaço de articulação e pactuação na esfera federal vinculado à direção nacional do SUS e composto por gestores do SUS de cada nível de governo, União, Estados, Distrito Federal e municípios. Tem composição paritária formada por 15 membros, sendo cinco indicados pelo Ministério da Saúde (MS), cinco pelo CONASS e cinco pelo CONASEMS. A representação do nível estadual e municipal nessa Comissão é regional, tendo um representante para cada uma das cinco regiões no país. Nesse espaço, as decisões são tomadas por consenso e não por votação.

O CNS é um órgão vinculado ao MS formado por representantes de entidades e movimentos representativos de usuários, de trabalhadores da área da saúde, governo e prestadores de serviços, cuja missão é de deliberação, fiscalização, acompanhamento e monitoramento das políticas públicas de saúde (Lei nº 8.142/90).

Essa organização exige atuação articulada entre gestores do sistema em cada âmbito de governo, de negociação e decisão envolvendo a participação dos gestores das diferentes esferas, a Comissão Intergestores Tripartite (no âmbito nacional) e as Comissões Intergestores Bipartites (uma por Estado); os conselhos de representação dos secretários de saúde no âmbito nacional (CONASS e CONASEMS) e estadual (COSEMS) e os conselhos de saúde nos três níveis, federal, estadual e municipal.



Lembre-se

Você poderá ler e aprofundar seu conhecimento no *link* a seguir:

FEUERWERKER, L. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Interface**, v. 9, n. 18, p. 489-506, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/icse/v9n18/a03v9n18.pdf>>. Acesso em: 6 jul. 2015.

Avançando na prática

Pratique mais	
<p>Instrução Desafiamos você a praticar o que aprendeu transferindo seus conhecimentos para novas situações que você pode encontrar no ambiente de trabalho. Realize as atividades e depois as compare com as de seus colegas.</p>	
A regionalização e a hierarquização assegurando equidade na saúde	
1. Competência de Fundamentos da Área	Conhecer e atuar em atividades planejadas, criando condições de produzir mudanças de comportamento desejadas em relação a saúde.
2. Objetivos de aprendizagem	Criar condições para que o aluno entenda os princípios organizativos da descentralização, regionalização e hierarquização que estruturam o funcionamento do SUS. Permitir que o aluno relacione com os desafios presentes na prática do profissional de saúde.
3. Conteúdos relacionados	<ul style="list-style-type: none"> • Princípios Organizativos; • Regionalização e Hierarquização; • NOBs e NOAS.
4. Descrição da SP	A NOAS 01 estabeleceu o Plano Diretor Regional para possibilitar a territorialização, o acesso e a integração dos municípios nas regiões de saúde do Estado. Qual a responsabilidade do município e do Estado para assegurar a equidade de acesso aos serviços?
5. Resolução da SP	<p>O município elabora o plano de saúde municipal e sua programação anual, nos quais explicita os serviços que serão oferecidos a sua população dentro do seu território. Apresenta, também, os serviços que serão oferecidos em outros municípios, necessitando negociar com outros gestores. Essa programação deve ser aprovada no Conselho Municipal de Saúde.</p> <p>Após aprovação, é encaminhada ao Estado. A partir daí, o gestor estadual inicia todo um processo de elaboração de sua Programação Pactuada Intergestores (PPI), mediante a harmonização e compatibilização de todas as programações de seus municípios.</p> <p>Esse processo de elaboração da PPI deve ocorrer de forma ascendente (iniciar nos municípios) e negociado, é imprescindível a participação dos gestores municipais, de forma representativa, na Comissão Intergestores Bipartite (CIB). O resultado desse processo é apresentado ao Conselho Estadual de Saúde (CES).</p> <p>Assim, o Estado coordena e compatibiliza as programações municipais, garantindo o acesso dos usuários aos diferentes níveis de complexidade da atenção e aprova os produtos finais na Comissão Intergestores Bipartite.</p>



Faça você mesmo

Faça um resumo explicando a organização do SUS segundo os princípios organizativos, as Normas Operacionais Básicas e Normas Operacionais de Assistência à Saúde.

Faça valer a pena

1. O Sistema Único de Saúde é organizado segundo o Princípio de Regionalização e Hierarquização, o qual:

- a) Possibilita que seja assegurada a integralidade.
- b) Possibilita que seja assegurada a participação social.
- c) Possibilita que seja assegurada a universalização.
- d) Possibilita que seja assegurada a descentralização.
- e) Possibilita que seja assegurada a participação da comunidade.

2. O Princípio da Descentralização é assegurado na:

- a) Constituição Federal art. 198, na Lei nº 8.080 e nas Normas Operacionais de Assistência à Saúde 01/01.
- b) Constituição Federal art. 198, na Lei nº 8.080 e Lei 8.142.
- c) Constituição Federal art. 196, na Lei nº 8.080 e nas Normas Operacionais de Assistência à Saúde 01/01.
- d) Constituição Federal art. 196, na Lei nº 8.080 e nas Normas Operacionais Básicas 01/91.
- e) Constituição Federal art. 198, na Lei nº 8.080 e nas Normas Operacionais Básicas 01/91.

3. As Normas Operacionais Básicas (NOB) 01/91, 01/92, 01/93 e 01/96 compõem os principais instrumentos normalizadores do processo de:

- a) Regionalização e Hierarquização.
- b) Descentralização.
- c) Participação da Comunidade.
- d) Hierarquização.
- e) Integralidade.

Seção 2.4

Políticas públicas em Saúde

Diálogo aberto

Maria Elisa e Felipe são alunos inscritos no projeto VER-SUS e participaram de um Fórum sobre Políticas Públicas em Saúde. Eles foram convidados a participar do Simpósio de Participação Social, Democracia e Políticas Públicas. Ao término da aula da Disciplina de Formação Integral em Saúde, foram conversar com a professora para esclarecer dúvidas sobre como eram formuladas as Políticas Públicas em Saúde, e de que forma a Participação Social pode influenciar na elaboração e execução das Políticas Públicas em Saúde.

A professora aproveitou o questionamento, disponibilizou materiais para leitura e falou para a turma: “a resposta às perguntas vocês vão encontrar nestes materiais, convido todos vocês a lerem e a refletirem sobre esses assuntos e, em nossa próxima aula, discutiremos juntos a questão, Ok?”

Para responder à pergunta dos alunos sobre como eram formuladas as Políticas Públicas em Saúde no Brasil, você deverá estudar:

- Conceito de Políticas Públicas e sua importância;
- Papel do Estado nas Políticas Públicas em Saúde;
- O Poder do Legislativo, Executivo, Judiciário e da Sociedade na Formulação e execução das Políticas Públicas em Saúde;
- A Participação Social na Formulação, Execução e Controle das Políticas Públicas.

Ao final desta aula você será convidado a responder o questionamento dos alunos, que é o seguinte: Como são formuladas as Políticas Públicas em Saúde? E de que forma a participação social pode influenciar na elaboração e execução das Políticas Públicas em Saúde?

Não pode faltar

Política pública em Saúde - conceito e importância

As Políticas Públicas são um conjunto de ações realizadas pelo Estado e seus agentes, com a participação ou não da sociedade, visando garantir os direitos sociais previstos em lei. Podem ser também conceituadas como formas de prestação de serviços públicos necessários à efetivação de direitos sociais e fundamentais garantidos na Constituição Federal.

As Políticas Públicas em Saúde integram o campo de ação social do Estado orientado para a melhoria das condições de saúde da população, dos ambientes natural, social e do trabalho. Elas têm vital importância, pois têm o papel de organizar as funções públicas governamentais para a promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da coletividade.

As políticas de saúde são frequentemente estabelecidas por meio de leis e outras formas de normatização que definem as regras e incentivos que orientam a provisão de serviços e programas de saúde, bem como o acesso aos mesmos. A maioria das políticas de saúde emerge a partir de um processo de construção de suporte às ações de saúde que se sustentam sobre as evidências disponíveis, integradas e articuladas com as preferências da comunidade, as realidades políticas e os recursos disponíveis.

Com a Constituição de 1988, que instituiu a Seguridade Social como o padrão de proteção social a ser institucionalizado no país e a saúde como direito de todos e dever do Estado, as políticas de saúde vêm sendo amplamente debatidas e definidas para possibilitar o reordenamento setorial e o cumprimento dos preceitos constitucionais.



Assimile

Assimile o Conceito de Políticas Públicas e a Importância das Políticas Públicas na Saúde.

Papel do Estado nas políticas públicas em Saúde

Ao analisarmos a Saúde Pública brasileira, houve períodos que o Estado centralizava o poder, com controle das políticas e instituições, por exemplo, era atribuição do governo federal o serviço sanitário dos portos, a fiscalização das atividades médicas, farmacêuticas e laboratoriais (incluindo o controle das vacinas e soros), a organização de estatísticas demográfico-sanitárias e a imposição da notificação compulsória de várias doenças (tifo, cólera, febre amarela, peste, varíola,

difteria, febre tifoide, tuberculose e lepra). As Políticas de Saúde na Velha República (1889-1930) aumentaram o poder do Estado para intervir no seu território.

Com o tempo, a Política Nacional de Saúde foi se constituindo numa rede de instituições públicas que compartilhavam uma concepção geral de saúde e de doença, transformando as moléstias transmissíveis em problema político. No caso das epidemias, o poder público federal controlava e coagia a sociedade, com autoridade de polícia.

E com o Sistema Único de Saúde (SUS), houve o movimento inverso, o da descentralização de poderes, na formulação e execução de políticas locais. Com a criação dos Conselhos de Saúde houve redistribuição de poder com participação da Comunidade nos processos decisórios. Para facilitar a articulação e negociação entre os gestores das três esferas, foram criadas as Comissões Intergestores que debatem e auxiliam na resolução de conflitos e na solução de problemas nos municípios e Estados.

E, ainda, para favorecer a descentralização e auxiliar no mecanismo de cooperação e gestão solidária entre as secretarias municipais de saúde de uma mesma região, foram criados nos anos 2000 os Colegiados de Gestão Regional (CGR), que são espaços regionais de pactuação entre municípios e representantes regionais das secretarias estaduais de saúde.

Esse arranjo, com a participação dos Conselhos de Saúde, das comissões intergestores e do Colegiado de Gestão Regional nas decisões do SUS, foram mecanismos e estratégias para aproximar e articular os subsistemas regionais com tantas diversidades e necessidades próprias.



Refleta

Refleta sobre o papel do Estado nas Políticas Públicas de Saúde no Brasil, antes e depois da Constituição de 1988.

Política pública em saúde e os Poderes Legislativo, Executivo e Judiciário

A Constituição federal de 1988, no artigo 196, define a Saúde como um direito de todos e dever do Estado, garantido por meio de políticas sociais e econômicas que visam reduzir o risco de doença, agravos e possibilitar o acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação à saúde. Partindo dessa concepção, o Estado encontra-se juridicamente obrigado a exercer as ações e serviços de saúde, visando assegurar a saúde enquanto direito social de cidadania, bem-estar e justiça social.

O SUS foi construído segundo as concepções trazidas do movimento de reforma sanitária e a Constituição de 1988 presumia um novo modelo de intervenção do Estado na saúde com reconfiguração do papel das três esferas de governo. Com as mudanças introduzidas a partir do texto constitucional e da Lei Orgânica da Saúde nº 8.142/90, as decisões passaram a envolver outros atores, trazendo modificações no arranjo e na formulação das políticas de saúde.

No âmbito do Poder Legislativo Federal, exigiu a formulação das leis reguladoras para a organização desse sistema. No Poder Executivo Federal, o projeto idealizou a integração institucional com uma política nacional de saúde única; com uma inserção da política de saúde no âmbito das políticas públicas; novas relações entre o gestor federal da política com outros atores governamentais (governos estaduais e municipais) e não governamentais (atores dos setores da saúde e sociedade civil), com mudanças no papel e nas funções federais na saúde. Porém, o poder e intervenção do Estado foi influenciado pelas forças reformistas, mas também pela disputa de recursos, conflitos com a área econômica, baixos investimentos federais e restrições relacionadas à descentralização e aos critérios de distribuição dos recursos federais.

No sistema presidencialista de governo, as políticas públicas são construídas pela interação entre os Poderes Legislativo e Executivo. Porém, não há um padrão único de interação entre eles, considerando que algumas políticas públicas são decididas pelos núcleos burocráticos do Executivo, por meio de medidas provisórias, sem a participação do Congresso Nacional.



Vocabulário

Medida Provisória – É um instrumento com força de lei, adotado pelo presidente da República, em casos de relevância e urgência, cujo prazo de vigência é de sessenta dias, prorrogáveis uma vez por igual período. Produz efeitos imediatos, mas depende de aprovação do Congresso Nacional para transformação definitiva em lei.

Judicialização da saúde – A judicialização da saúde refere-se à busca do Judiciário como a última alternativa para obtenção do medicamento ou tratamento negado pelo SUS, seja por falta de previsão na Relação Nacional de Medicamentos (RENAME), seja por questões orçamentárias. Ocorre devido à impossibilidade de o SUS assegurar a proteção do Direito Fundamental. Porém, a expansão da judicialização tem preocupado gestores e juristas, pois sem critérios pode conduzir a um desequilíbrio do orçamento, prejudicando as políticas públicas.

A Constituição Federal de 1988 tentou promover o fortalecimento do papel do Congresso Nacional no processo de produção de políticas públicas, devolvendo parte dos poderes subtraídos no período militar. Mas ainda é o Executivo que centraliza o processo decisório, utilizando seu poder de agenda e estratégias na aprovação dos projetos legislativos que atendam seus interesses.

A formulação de políticas é uma atribuição das três esferas de governo, cada uma em sua esfera de atuação, sendo estratégica a ação dos governos federais e estaduais para a redução das desigualdades regionais e locais. De modo geral, a formulação de políticas tem sido compartilhada entre os gestores do SUS, no âmbito das comissões intergestores e com outros atores sociais, por meio dos Conselhos de Saúde, embora isso não se dê de forma homogênea entre os diversos temas da política.



Assimile

Diante do exposto, assimile o papel dos Poderes Legislativo e Executivo na formulação das Políticas Públicas em Saúde.

Em termos de formulação de leis, foi possível identificar as seguintes fases: a primeira (1990-1994) com definição das bases legais do SUS, a segunda com expansão de políticas específicas de saúde (1995-1997), para o enfrentamento dos dilemas para operacionalização do SUS, com o desenvolvimento de políticas tecnicamente fundadas e em atenção às reivindicações de grupos ou movimentos sociais organizados; a terceira com ênfase na regulação do mercado em saúde (1998-2002), seguindo a tônica do governo de "intervencionismo regulatório" do Executivo por meio das agências reguladoras; a quarta de retorno das políticas específicas diretamente atreladas a um projeto do governo federal, que versam com temas específicos de políticas-chave de projeto de governo e não são necessariamente demandas da saúde (2003-2004), como uso de recursos da saúde para o financiamento do Programa Fome Zero (BATISTA; MACHADO, 2007, p. 97).



Exemplificando

Criação de leis que avançam no controle sanitário e na produção de ambientes saudáveis (iodação do sal, controle do asbesto/amianto, sistema de vigilância sanitária). Foram criadas leis que promovem a regulamentação de áreas estratégicas da atenção à saúde (controle das infecções hospitalares, remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano); atendem a demandas de áreas específicas da atenção

(planejamento familiar, subsistema indígena, modelo de atenção psiquiátrico). Leis que segmentam o direito à saúde para alguns grupos, como no caso da lei que garante o medicamento para a aids.

Leis que introduzem mudanças na concepção do Direito, abrangendo o direito do consumidor, como a lei de regulamentação dos planos de saúde, a lei de criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e a lei de medicamentos genéricos.

Leis como Estatuto do Idoso, lei de notificação compulsória contra a violência a mulher, lei de renda básica de cidadania.

Estudos têm analisado o papel do Legislativo e do Executivo na política de Saúde na agenda do Estado e muitos constatam que no Legislativo predominam os interesses privados das corporações profissionais, das representações dos prestadores de serviço, do setor produtivo da saúde e dos múltiplos movimentos sociais, sobrepondo aos interesses públicos. Discute-se o direito à saúde como direito à livre escolha, como possibilidade de acesso aos serviços e insumos da saúde, seja pela via pública ou privada, desconsiderando os princípios do SUS. Nesse sentido, para esses grupos, o importante é que o Estado seja o provedor de parte da atenção à saúde e de financiamento à saúde.

O Judiciário atua no controle da execução das Políticas públicas e desempenha um papel importante na determinação e aplicação de princípios tanto constitucionais quanto ideais, avalia se estão em concordância com as leis locais ou a Constituição, assim como quais ações (ou omissões) representam infrações. Dessa forma, os tribunais influenciam o curso das políticas públicas, que são implementadas e julgam a legalidade dessas políticas.

Fala-se em Judicialização da saúde, ou seja, em razão da garantia do direito à saúde, cresce o número de ações judiciais que buscam assegurar o acesso das pessoas a medicamentos, procedimentos diagnósticos e terapêuticos. Essas ações movidas contra gestores públicos estaduais, municipais e serviços públicos demonstram a fragilidade da política nacional no que se refere ao direito à saúde. Considerando que os recursos do Estado são finitos, há a necessidade da concretização do direito à saúde ocorrer por meio de Políticas Públicas.



Faça você mesmo

Agora convido você a fazer um quadro-síntese com o papel do Estado e os poderes Legislativo, Executivo e Judiciário na formulação e execução das Políticas Públicas na Saúde.

A dificuldade no relacionamento entre os poderes do Estado em relação ao direito constitucional à saúde demonstra a necessidade e a importância do aprimoramento dos canais de diálogo entre instituições públicas que defendam e assegurem os princípios do SUS. Embora tenham havido avanços, ainda há desafios por parte do Estado em defender o bem-estar coletivo e não apenas os interesses de grupos específicos.



Pesquise mais

BAPTISTA, T. W. Faria; MACHADO, C. V. O Legislativo e a saúde no Brasil. In: CORRÊA, Gustavo; PONTES, Ana Lúcia de Moura. **Políticas de saúde**: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; EPSJV, 2007. p. 81-114. Monografia em Português Coleciona SUS (Brasil) ID: sus-18062. Disponível em: <<http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/sus-18062>>. Acesso em: 6 jul. 2015.

BAPTISTA, T. W. Faria; MACHADO, C. V.; LIMA, L. D. de. Responsabilidade do Estado e direito à saúde no Brasil: um balanço da atuação dos Poderes. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, p. 829-839, 2009. Disponível em: <<http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/sus-18062>>. Acesso em: 6 jul. 2015.

Sem medo de errar!



Atenção!

Preste atenção no papel dos Poderes Legislativo e Executivo na formulação das Políticas Públicas em Saúde e da participação social na formulação e controle na execução das Políticas Públicas em Saúde.

Como foi exposto, a formulação de políticas públicas após a Constituição de 1988 é uma atribuição das três esferas de governo, cada uma em seu nível de atuação, compartilhada entre os gestores do SUS, no âmbito das Comissões Intergestores e com outros atores sociais, por meio dos Conselhos de Saúde, embora isso não se dê de forma homogênea entre os diversos temas da política.

Assim, na esfera nacional, a Comissão Intergestores Tripartite, integrada por representantes do Ministério da Saúde, representantes do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde e dos Conselhos Nacionais de Saúde, formulam estratégias e controle da Execução da Política Nacional de Saúde. Na esfera estadual, a Comissão Intergestores Bipartite, representada pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde e pelos Conselhos Estaduais de Saúde, formulam

estratégias e controle da Execução da Política Estadual de Saúde. E no âmbito municipal, o Conselho Municipal de Saúde atua na formulação de estratégias e controle da execução da Política Municipal de saúde.



Lembre-se

PESSOTO, U. C. et al. O papel do Estado nas políticas públicas de saúde: um panorama sobre o debate do conceito de Estado e o caso brasileiro. **Saúde Soc.**, v. 24, n. 1, p. 9-22, jan./mar. 2015. Disponível em: <<http://pesquisa.bvs.br/brasil/?lang=pt&q=au:%22Guimar%C3%A3es,%20Raul%20Borges%22>>. Acesso em: 26 jun. 2015.

A participação da sociedade nos Conselhos de Saúde é assegurada pela inclusão de representantes do governo, dos profissionais e dos prestadores da Saúde em condição paritária com os representantes dos usuários, escolhidos por associações da sociedade civil. Essa participação de representantes da população foi a estratégia democrática adotada para dar representatividade e voz à população e suas necessidades que são tão complexas e diversificadas em todo o território nacional.

Apesar da participação popular e do controle social serem instituídos na constituição, eles ocorrem em forma de fóruns participativos como as conferências e os conselhos de saúde, o que não garante a igualdade de oportunidades de acesso e representação, e ainda há de se considerar que muitas vezes os representantes escolhidos nem sempre estão próximos da necessidade da população. Segundo autores, a maioria dos conselhos de saúde, incluindo os estaduais, não exerce seu caráter deliberativo, as condições de infraestrutura são precárias e não há outras formas de participação, nem transparência e divulgação das informações na gestão pública. Vale lembrar que a participação nas conferências de saúde são consultivas, a representatividade deliberativa se dá nos Conselhos de Saúde.

O Controle Social ainda enfrenta, no Brasil, muitos obstáculos decorrentes de fatores relacionados ao baixo grau de confiança da sociedade na ação de seus representantes políticos, na dificuldade de compreensão da legislação pelo cidadão, falta de participação política popular, baixo grau de escolaridade da população, baixa divulgação dos atos políticos, comprometendo a efetividade do Controle Social.



Lembre-se

Você pode se aprofundar um pouco mais sobre a judicialização na saúde por meio da seguinte leitura:

ROCHA, H. H. N. **SOS SUS**: Muita Justiça, Pouca Gestão? Estudo sobre a

Judicialização da Saúde. 2013. Disponível em: <http://www.anpad.org.br/admin/pdf/2013_EnANPAD_APB794.pdf>. Acesso em: 13 jul. 2015.

Avançando na prática

Pratique mais	
<p>Instrução Desafiamos você a praticar o que aprendeu transferindo seus conhecimentos para novas situações que você pode encontrar no ambiente de trabalho. Realize as atividades e depois as compare com as de seus colegas.</p>	
Em busca do Direito à Saúde e à Informação	
1. Competência de Fundamentos da Área	Conhecer e atuar em atividades planejadas, criando condições de produzir mudanças de comportamento desejadas em relação à saúde.
2. Objetivos de aprendizagem	Criar condições didático-pedagógicas para que os alunos adquiram conhecimentos sobre Políticas Públicas em Saúde, Judicialização na saúde e a importância da Informação.
3. Conteúdos relacionados	Políticas Públicas em Saúde; Constituição de 1988; Saúde: direito do cidadão e dever do Estado.
4. Descrição da SP	Dona Valquíria, 58 anos, sofre de doença pulmonar obstrutiva crônica, faz uso de medicação contínua para asma, o que acarreta falta de ar e dificuldades para realizar suas atividades cotidianas. Devido a sua situação financeira, o tratamento está prejudicado. Ela soube que se procurasse um advogado poderia conseguir medicação fornecida pelo Estado. Como ela deve proceder?
5. Resolução da SP	<p>O caso nos faz refletir sobre o reconhecimento da saúde como um direito e a responsabilidade ética e legal do Poder Público de formular e implantar ações que assegurem o acesso da Dona Valquíria ao tratamento e aos medicamentos, e a possibilidade dela enquanto cidadã de reivindicar judicialmente, de forma individual ou coletiva, o cumprimento dessa obrigação estatal.</p> <p>O fornecimento de medicamentos e demais tratamentos de saúde pelos entes públicos em virtude de decisões judiciais, por um lado concretiza o direito constitucional, e representa um avanço efetivo da cidadania, por outro lado acarreta sérios problemas de gestão, criando despesas não previstas no orçamento.</p> <p>No caso de Valquíria, não se faz necessário procurar um advogado, pois há uma portaria que institui o fornecimento de medicamentos para o tratamento da DPOC. Esses medicamentos são distribuídos por intermédio das Farmácias de Medicamentos Especializados (FME). O caso também nos traz a reflexão sobre a importância da informação para os profissionais de saúde e para a população sobre as leis e os direitos a fim de melhorar a assistência em saúde e assegurar boa qualidade de vida à população.</p>



Faça você mesmo

Faça um resumo sobre o papel do Judiciário na saúde e aponte os desafios para assegurar o direito à saúde a toda a população.

Faça valer a pena

1. Por quem são formuladas as Políticas Públicas em Saúde?

- a) Pelos Poderes Legislativo, Judiciário e Executivo.
- b) Pelos Poderes Legislativo e Judiciário, sendo que o Executivo apenas as executa.
- c) Pelos Poderes Legislativo e Executivo, sendo que o Judiciário dá a legalidade e o controle da execução.
- d) Pelos Poderes Executivo e Judiciário, sendo que o Legislativo dá a legitimidade.
- e) Pelo Poder Legislativo, pois o Executivo as executa e o Judiciário faz o controle da execução.

2. Como é assegurada a Participação Social na Formulação das Políticas Públicas em Saúde?

- a) Pela participação junto ao Poder Legislativo nos Conselhos de Secretários de Saúde.
- b) Pela participação junto ao Poder Executivo nos Conselhos de Secretários de Saúde.
- c) Pela participação junto ao Poder Judiciário nos Conselhos de Secretários de Saúde.
- d) Pela participação junto ao Poder Executivo nos Conselhos de Saúde, nas três esferas de governo.
- e) Pela participação exclusiva nas Conferências Nacionais de Saúde.

3. De quem são as atribuições da formulação das Políticas Públicas de Saúde?

- a) Do Estado, centralizado no Ministério da Saúde.
- b) Dos governos Federal e Estaduais.
- c) Das três esferas de governo.
- d) Do Estado, centralizado na Secretaria Estadual de Saúde.
- e) Do Estado, centralizado na Secretaria Municipal de Saúde.

Referências

BAPTISTA, T. W. F. História das políticas de saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. In: **Políticas de Saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, p. 29-60, 2007. Disponível em: <http://www.retsus.fiocruz.br/upload/publicacoes/pdtsp_3.pdf>. Acesso em: 18 jun. 2015.

BAPTISTA, T. W. Faria; MACHADO, C. V. O Legislativo e a saúde no Brasil. In: CORRÊA, Gustavo; PONTES, Ana Lúcia de Moura. **Políticas de Saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz; EPSJV, 2007. p. 81-114. Monografia em Português Coleção SUS (Brasil) ID: sus-18062. Disponível em: <<http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/sus-18062>>. Acesso em: 6 jul. 2015.

BAPTISTA, Tatiana Wargas Faria; MACHADO, Cristiani Vieira; LIMA, Luciana Dias de. Responsabilidade do Estado e direito à saúde no Brasil: um balanço da atuação dos Poderes. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, p. 829-839, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n3/18.pdf>>. Acesso em: 6 jul. 2015.

MACHADO, Cristiani Vieira; LIMA, Luciana Dias; BAPTISTA, T. W. de F. Princípios organizativos e instâncias de gestão do SUS. In: GONDIM, R.; GABROIS, V.; MENDES, W. (Orgs.). **Qualificação de gestores no SUS**. Rio de Janeiro: EAD, 2011. p. 47-72. Disponível em: <http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_339793983.pdf>. Acesso em: 6 jul. 2015.

MATTA, Gustavo Corrêa. Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. In: **Políticas de saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde**. 2007. p. 61-80. Disponível em: <<http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/sus-18062>>. Acesso em: 29 jun. 2015.

PAIM, J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**, v. 6736, n. 11, p. 60054-8, 2011. Disponível em: <<http://andromeda.ensp.fiocruz.br/radis/sites/default/files/pdf/brazilpor1.pdf>>. Acesso em: 18 jun. 2015.

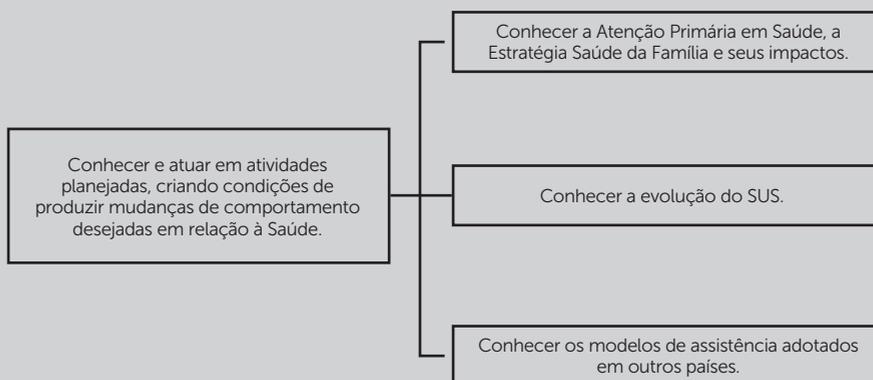
PAIM, Jairnilson Silva; SILVA, Lúcia Maria Vieira da. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. **BIS, Bol. Inst. Saúde**, São Paulo, v.12, n.2, ago.2010. Disponível em: <http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-18122010000200002&lng=pt&nr=iso>. Acesso em: 29 jun. 2015.

VASCONCELOS, Cipriano Maia; PASCHE, Dário Frederico. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G. W. de S. et al. (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. 2. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. Disponível em: <<http://www.ufff.br/facfisio/files/2012/06/refe.-SUS-Vasconcelos-e-Pasche.pdf>>. Acesso em: 6 jun. 2015.

MODELO ASSISTENCIAL NO BRASIL

Convite ao estudo

Nesta unidade, serão abordados o Modelo Assistencial em Saúde, a Reorganização da Assistência em Saúde, a estrutura da Atenção Primária em Saúde (APS) e a Estratégia Saúde da Família, seus princípios, processos de trabalho e os impactos na saúde do Brasil. Apresentaremos também os desafios e a evolução do Sistema Único de Saúde (SUS) e os modelos assistenciais adotados em outros países.



Com a reorganização do modelo assistencial em saúde, a Atenção Primária em Saúde e o programa Estratégia Saúde da Família modificaram a estrutura da assistência em saúde e a atuação dos profissionais desta área. As situações vivenciadas durante esse percurso são fundamentais para a compreensão dos princípios e atributos da APS na prática dos profissionais das equipes de Saúde da Família, para o processo de trabalho dos profissionais do Núcleo

de Apoio à Saúde da Família, para a compreensão dos desafios do SUS e do que são sistemas comparados em saúde e como são classificados.

Convido você a refletir sobre isso. Observe a situação descrita a seguir:

Um grupo de alunos de cursos de graduação em Saúde está realizando estágio curricular em Saúde Coletiva. Neste estágio, atuarão na Atenção Primária à Saúde junto às ESF, equipes NASF e famílias adstritas no território de São Francisco, no município de Piracaia/SP.

Em cada aula desta Unidade você acompanhará a história desses alunos em uma nova situação-problema e poderá refletir e encontrar respostas por meio de todos os materiais que estão disponíveis, ou seja, o livro didático e as webaulas.

Então, vamos começar. Bons estudos!

Seção 3.1

Princípios da Estratégia Saúde da Família

Diálogo aberto

As alunas Ana Maria e Solange procuraram a professora da disciplina de Formação Integral em Saúde para relatar que iniciaram o estágio em Saúde Coletiva e que, ao visitarem a Unidade de Saúde da Família, viram uma placa que indicava Estratégia Saúde da Família, mas na apresentação do estágio ouviram dizer que estariam junto ao Programa Saúde da Família (PSF) e ficaram muito confusas. Ambas são a mesma coisa? Há diferença? Qual a atuação dos profissionais de saúde na Unidade de Saúde da Família?

A professora ouviu atentamente e indicou que lessem a webaula e o livro didático da Unidade 3, e que fizessem as atividades propostas para que na aula presencial fossem esclarecidos os questionamentos. Aproveitou as perguntas e as compartilhou com a turma, solicitando que lessem os materiais e tentassem responder às dúvidas.

Para responder à pergunta das alunas sobre o que é o Programa Saúde da Família, se há diferença entre Estratégia Saúde da Família, e como as equipes desenvolvem seu trabalho, você deverá estudar:

- O conceito de Atenção Primária à Saúde;
- O programa PSF e o conceito da Estratégia Saúde da Família;
- Os princípios da Estratégia Saúde da Família;
- Os profissionais que a compõem e o processo de trabalho desses profissionais na Atenção Primária à Saúde.

Não pode faltar

Atenção Primária à Saúde e a Reorganização da Assistência no Brasil

A Atenção Primária à Saúde (APS) caracteriza-se por um conjunto de práticas em

saúde voltado aos indivíduos e à coletividade, que engloba a promoção, a proteção à saúde, a prevenção de doenças, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Tem como premissa oferecer uma atenção integral, favorecendo a saúde e a autonomia das pessoas, e orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

É desenvolvida por meio de práticas de saúde, de cuidado e de gestão democráticas e participativas, realizadas por profissionais vinculados a populações de territórios definidos, considerando o dinamismo populacional existente no território.

Para auxiliar na reorganização da prática assistencial, foi criado o Programa Saúde da Família (PSF) em 1994, substituindo o modelo tradicional de assistência, centrado na medicina curativista e hospitalocêntrica. Com o modelo proposto, a Atenção Primária foi estruturada para dar assistência às famílias inseridas em seu ambiente físico e social, compreendendo a visão ampliada da saúde, possibilitando ações não apenas curativas.

A APS se caracteriza pela atenção focada na família e na integralidade e continuidade dessa atenção, além da coordenação da assistência dentro do próprio sistema, da orientação e participação comunitária e competência cultural dos seus profissionais. São considerados atributos essenciais da APS: o acesso do primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação da atenção.

Atenção no primeiro contato pode ser definida como porta de entrada dos serviços de saúde, ou seja, quando a população e a equipe identificam aquele serviço como o primeiro recurso a ser buscado quando há uma necessidade ou problema de saúde.

A longitudinalidade ou também denominada continuidade de atenção implica em atenção por parte da equipe ao usuário e à sua família de forma contínua, ao passar dos anos, independentemente da presença de doenças ou do tipo de problema. A presença desse atributo tende a produzir diagnósticos e tratamentos mais precisos e maior resolutividade na assistência.

A integralidade do cuidado é dependente da qualidade das práticas, da relação estabelecida entre equipe e usuários, de modo a possibilitar a criação do vínculo, o acolhimento e a autonomia, o que valoriza as peculiaridades inerentes ao trabalho na saúde e as necessidades próprias de cada sujeito, possibilitando o cuidado centrado no usuário e em suas necessidades.

A coordenação entre níveis assistenciais é a interligação entre os variados serviços em saúde, de diferentes complexidades, para que estejam sincronizados e voltados a atender às necessidades do caso, considerando que muitas vezes os serviços são realizados em diferentes locais e pontos da rede de atenção. Por exemplo, o paciente que é acompanhado na Unidade Básica de Saúde necessita realizar exames

diagnósticos num hospital e fazer reabilitação em outro ambulatório, é muito importante a comunicação e a integração entre os diferentes serviços para melhor atenção e resolutividade no caso.



Assimile

Assimile os princípios do Sistema Único de Saúde e os atributos que orientam a Atenção Primária à Saúde.

A política de saúde proposta pelo SUS teve impulso com a Norma Operacional Básica 96, que estimulou a municipalização e aumentou o financiamento para ações na Atenção Primária à Saúde.

PSF e Estratégia Saúde da Família

O PSF considera o conceito ampliado de saúde e a reconhece enquanto direito de cidadania, expresso na melhoria das condições de vida, com serviços mais resolutivos, integrais e principalmente humanizados.

Embora inicialmente tenha sido denominado como programa, o PSF, por suas especificidades, foge à concepção dos demais programas, uma vez que não é uma intervenção vertical e paralela às atividades dos serviços de saúde. Ao contrário, caracteriza-se como estratégia estruturante que possibilita a integração e promove a conformação das atividades dentro de um território definido para a resolução dos problemas identificados.



Refleta

Refleta por que motivo a Saúde da Família passou a ser considerada uma estratégia e não mais um programa.

A Saúde da Família foi apresentada na Política Nacional de Atenção Básica, instituída em 2011, como uma das mais importantes estratégias para a remodelação, expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica.



Vocabulário

Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde – São consideradas pelo Ministério da Saúde como sinônimas. O termo Atenção Básica foi adotado pelo governo brasileiro para enfatizar a reorientação da assistência assegurando a universalidade e a integralidade na atenção, contrapondo a

ideia que associa a Atenção Primária, como sendo um pacote de ações de baixa complexidade, destinadas à população pobre.

Adstrita – Significa estar ligado, vinculado à Unidade Básica de Saúde ou Unidade Saúde da Família, ou à Estratégia Saúde da Família.

Adscrição da clientela – É o cadastramento e posterior acréscimo de registros e informações sobre as condições de saúde, necessidades da família e dos usuários.

A ESF tem como finalidade a avaliação contínua da situação de saúde da população, bem como o planejamento, a sistematização e a realização de ações e intervenções, de forma a resolver os problemas encontrados no território. São realizadas ações de vigilância, promoção, prevenção e controle de doenças e agravos, além de possibilitar a assistência integral e continuada.

A Vigilância em Saúde redefine as práticas em saúde, adequando-as segundo as necessidades e demandas da população, aos seus problemas, articulando a abordagem da promoção, da proteção e da assistência. Essa articulação é um mecanismo para promover a saúde integral, conforme o contexto territorial e a condição de saúde da população.

A inter e a multidisciplinaridade na atenção, bem como a integralidade do cuidado prestado à população que reside na área de abrangência de suas unidades de saúde, são fatores fundamentais para assegurar a resolutividade nas intervenções.

Princípios da Estratégia Saúde da Família

A ESF se fundamenta nos princípios do SUS, que direcionam a operacionalização, temos:

- Integralidade e Hierarquização - Atenção Primária à Saúde é composta por equipes de Saúde da Família (eSF), que devem realizar o diagnóstico situacional do território adstrito, identificando o perfil epidemiológico e sociodemográfico das famílias, reconhecendo os problemas de saúde mais frequentes e os riscos presentes no território, elaborando conjuntamente com a comunidade um plano local para a solução dos problemas de saúde. Para que se cumpram tais princípios é necessário que os profissionais entendam que os serviços estão organizados em níveis de complexidade crescentes, partindo do nível local de assistência, até os mais especializados. Quando o fluxo de encaminhamento é do menos especializado é chamado de referência, já do mais especializado para o menos é chamado de contrarreferência. Esse fluxo ainda é um desafio, uma vez que a demanda por serviços mais complexos é maior, refletindo negativamente na qualidade e integralidade da assistência.

- Territorialização e Adscrição da Clientela - As equipes de Saúde da Família (eSF) trabalham com um território delimitado, sendo responsáveis pelo cadastramento e acompanhamento dessa população. Preconiza-se que cada eSF seja responsável por, no máximo, 4.000 pessoas do território.

- Equipe Multiprofissional - É formada por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS), e podem ser acrescentados a essa composição os profissionais de Saúde Bucal: dentista, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal.

- Caráter Substitutivo - As práticas assistenciais com foco nas doenças foram substituídas por uma nova forma de organizar e realizar o trabalho centrado na Vigilância à Saúde, com identificação das necessidades de saúde da população, do território, no planejamento conjunto com a população para a solução dos problemas identificados. São realizadas ações de promoção, proteção e atenção integral à saúde, com continuidade da assistência junto às famílias.



Faça você mesmo

Faça um resumo sobre os princípios da Estratégia Saúde da Família.

Processo de Trabalho das Equipes de Saúde da Família

A ESF está organizada pela delimitação da clientela no território e tem como foco a assistência à família, o trabalho em equipe multidisciplinar e o vínculo estabelecido entre os componentes da equipe e as famílias sob sua responsabilidade.

Cada equipe acompanha cerca de 1.000 famílias num território definido dentro da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde à qual está vinculada.

As USFs funcionam com a atuação de eSF (pode ter de uma a oito equipes) que se responsabilizam pela atenção à saúde da população vinculada ao seu território.

As equipes realizam visitas domiciliares às residências para cadastrar e estabelecer contato com as famílias em sua área de abrangência. As informações coletadas servem para nortear o planejamento das atividades a serem desenvolvidas e são registradas no Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB), possibilitando o acompanhamento e a avaliação da situação de saúde e vulnerabilidades das famílias em determinado território.

O processo de trabalho das equipes é estruturado a partir da delimitação do território, do mapeamento das áreas (definidas como uma reunião de microáreas próximas sob a responsabilidade de uma equipe onde residem em torno de 2.500 a 4.500 pessoas) e microáreas correspondendo à área de atuação de um ACS, onde

moram cerca de 400 a 750 pessoas.

As eSF realizam o cadastramento das famílias, o diagnóstico com a identificação das condições de saúde e situação de risco no território; a programação e o plano de ações local com a participação comunitária, estabelecendo vínculo com as famílias; a assistência integral (com consultas e visitas domiciliares), garantindo o acesso ao tratamento; estabelecimento de fluxo de referência e contrarreferência com acompanhamento dos casos dentro da rede de assistência, coordenação e/ou participação em grupos de educação em saúde; promoção de ações intersetoriais e outras parcerias com organizações existentes na comunidade para o enfrentamento conjunto dos problemas encontrados; discussão com a coletividade de conceitos de cidadania, do direito à saúde, estimulando a participação ativa da comunidade nos conselhos de saúde.



Exemplificando

Exemplo de atividades e ações desenvolvidas pelas eSF - Realizar uma ação de promoção à saúde para combater o lixo acumulado que oferece risco à saúde; inserir pessoas com baixa renda em programas sociais; fazer a notificação de acidente de trabalho, solicitar apoio ao Centro de Apoio Psicossocial (CAPS) para usuário com transtorno mental ou dependente químico; participar do projeto terapêutico de um usuário que foi encaminhado para um especialista de outro serviço de saúde; oferecer suporte ao usuário (e a seus familiares) que está em estado terminal de vida.

Como exposto, são inúmeras as atividades relacionadas às eSF e a capacidade resolutiva das ações e intervenções propostas pelas equipes dependem da integração da equipe multiprofissional, da capacidade de comunicação, da escuta, da predisposição da equipe para acolher, estabelecer vínculos e, ao mesmo tempo, de corresponsabilizar-se pela saúde das famílias assistidas, do contrário, essa organização não assegura a integralidade, a longitudinalidade e a qualidade da atenção.



Pesquise mais

Você poderá aprofundar os conhecimentos pesquisando:

FIGUEIREDO, E. M. **Estratégia saúde da família e núcleo de apoio à saúde da família**: diretrizes e fundamentos. Disponível em: <http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_5.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2015.

SORATTO, J. et al. Percepções dos profissionais de saúde sobre a Estratégia Saúde da Família: equidade, universalidade, trabalho em

equipe e promoção da saúde/prevenção de doenças. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, v. 10, n. 34, p. 1-7, 2015. Disponível em: <[http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10\(34\)872](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10(34)872)>. Acesso em: 18 jul. 2015.

Sem medo de errar



Atenção!

Fique atento às principais características do novo modelo de Assistência à Saúde, como é organizada a Atenção Primária à Saúde e a Estratégia Saúde da Família.

Inicialmente, o PSF foi instituído enquanto programa, porém caracteriza-se como uma estratégia estruturante da Atenção Primária à Saúde, possibilitando a integração e a organização das atividades dentro de um território definido para a resolução dos problemas identificados, portanto, passou a ser denominado Estratégia Saúde da Família (ESF).

A ESF realiza a avaliação contínua da situação de saúde da população, a organização, o planejamento e a realização de práticas que solucionem ou minimizem os problemas presentes no local. São realizadas ações de vigilância, promoção, prevenção e controle de doenças e agravos, além de possibilitar a assistência integral e contínua.

A ESF está organizada por meio da delimitação da clientela no território e tem como foco a assistência à família, o trabalho em equipe multidisciplinar e o vínculo estabelecido entre os profissionais e as famílias sob sua responsabilidade.

Cada equipe é formada por um enfermeiro, um médico, um auxiliar de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS). Podem ser acrescentados a essa composição os profissionais de Saúde Bucal: dentista, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal. Estes são responsáveis por acompanhar cerca de 1.000 famílias num território definido dentro da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde.

O processo de trabalho na ESF está estruturado no trabalho em equipe, organizado em um território delimitado, no qual são realizados: o diagnóstico com identificação dos problemas de saúde mais frequentes e detectadas as vulnerabilidades; a elaboração do plano de ação desenvolvido pela eSF com a comunidade para a solução dos problemas locais encontrados, é oferecida a assistência integral UBS com consultas, visitas domiciliares, além do acompanhamento nos serviços de referência; o desenvolvimento de ações educativas e intersetoriais para o enfrentamento dos problemas de saúde.

O diálogo é uma das características do trabalho desenvolvido pelas eSF, estando

presentes nas reuniões de equipe, nas discussões de casos, na elaboração dos planos de assistência, nas ações e intervenções no território.



Lembre-se

A Estratégia Saúde da Família traz novo modelo de assistência na Atenção Primária à Saúde. Você poderá ler mais sobre essas mudanças no artigo:

TOSIN, Cássia et al. A Transição do modelo tradicional para estratégia saúde da família: a percepção do usuário. **Saúde**, v. 1, n. 13, 2015. Disponível em: <<http://revistas.facbrasil.edu.br/cadernossaude/index.php/saude/article/view/213>>. Acesso em: 20 jul. 2015.

Avançando na prática

Pratique mais	
Instrução Desafiamos você a praticar o que aprendeu, transferindo seus conhecimentos para novas situações que pode encontrar no ambiente de trabalho. Realize as atividades e depois as compare com as de seus colegas.	
Os Princípios e Atributos da APS na Prática da ESF	
1. Competência de Fundamentos de Área	Conhecer e atuar em atividades planejadas, criando condições de produzir mudanças de comportamento desejadas em relação à saúde.
2. Objetivos de aprendizagem	Criar condições para que o aluno aprenda os atributos e Princípios da Atenção Básica e Estratégia Saúde da Família e reconheça em situações cotidianas.
3. Conteúdos relacionados	<ul style="list-style-type: none"> - Princípios e Atributos da Atenção Primária à Saúde; - Princípios da Estratégia Saúde da Família; - Processo de trabalho na equipe de Saúde da Família.
4. Descrição da SP	Dona Marieta, de 58 anos, reside no Bairro dos Pimentas, em um município no interior do Estado. Ela é cadastrada na Unidade Básica de Saúde e é acompanhada pela "eSF Floresta". A ACS Vanusa, responsável por acompanhar a saúde de Dona Marieta e sua família, foi informada pelas responsáveis pelo grupo Bem-Estar que a mesma não tem comparecido às atividades. Vanusa, em visita domiciliar, percebeu perda de peso acentuada e desânimo, o que a deixou preocupada. Em reunião de equipe, relatou o caso. Qual(is) princípio(s) e atributo(s) da Atenção Primária e ESF está(ão) envolvido(s) neste caso?
5. Resolução da SP	Em relação aos atributos da Atenção Básica, podemos relacionar a longitudinalidade e integralidade no cuidado.

	Com relação aos princípios da ESF, temos o trabalho em equipe multiprofissional, a territorialização e a adscrição da clientela, uma vez que a agente comunitária e a enfermeira responsáveis pelo grupo procuraram a ACS Vanusa, responsável pelo caso Dona Marieta, relatando as faltas consecutivas e levando-a a realizar uma visita domiciliar e discutir o caso com sua equipe.
--	---



Lembre-se

Você poderá pesquisar mais sobre os princípios e atributos da Atenção Primária e Estratégia Saúde da Família no artigo:

OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da atenção primária e a estratégia saúde da família. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 66, p. 158-164, set. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000700020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 jul. 2015.



Faça você mesmo

Agora faça um quadro com os atributos da Atenção Primária à Saúde e os princípios da Estratégia Saúde da Família.

Faça valer a pena

1. A Reorganização do modelo de Assistência à Saúde com a implantação da ESF na Atenção Primária à Saúde teve como objetivo organizar:

- a) () A assistência, promovendo a atenção integral, centrada nas famílias.
- b) () A rede de serviços, separando-os em níveis de atenção hospitalar e ambulatorial.
- c) () Os serviços, para dar assistência individual integral.
- d) () Os serviços em níveis de complexidade, em que a Atenção Primária tem o intuito de promover a saúde da população, desenvolvendo ações de menor complexidade.
- e) () A atenção em saúde segundo o nível de complexidade.

2. Segundo a Política de Atenção Básica, a Saúde da Família é uma das mais

importantes estratégias para a expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica. Ela se caracteriza:

- a) () Pelo trabalho centrado no indivíduo e no território.
- b) () Pelo trabalho centrado no usuário e na assistência integral.
- c) () Pela vigilância em saúde e assistência individual.
- d) () Pela atenção centrada na família inserida no ambiente físico, considerando aspectos psicossociais.
- e) () Pela assistência em equipe multiprofissional.

3. O Programa Saúde da Família é:

- a) () Um programa que visa reorganizar a assistência na Atenção Primária à Saúde.
- b) () Uma estratégia que visa reorganizar a assistência na Atenção Primária à Saúde.
- c) () Um programa que tem como estratégia reorganizar a Atenção Primária à Saúde.
- d) () Um programa que visa reorganizar a assistência segundo níveis de complexidade.
- e) () Uma estratégia que visa reorganizar assistência médica na Atenção Primária à Saúde.

Seção 3.2

Impacto da Estratégia da Saúde da Família no Brasil

Diálogo aberto

Stela realiza estágio junto à equipe de Saúde da Família do Jardim São Francisco e acompanhou uma das reuniões, em que foi relatada a necessidade de apoio matricial com a psicóloga e elaboração de um Programa Terapêutico Singular - PTS para o Sr. Cláudio. Stela ficou muito curiosa com o que seria apoio matricial e PTS e, interessada, procurou a professora de Formação Integral em Saúde.

A professora ouviu o questionamento da aluna e a orientou a ler o livro didático e a webaula da Unidade 3, seção 3.2., que aborda este tema. E acrescentou: “vou solicitar para a turma uma pesquisa sobre esta dúvida e discutiremos juntos em aula”.

Para responder o questionamento sobre o que é apoio matricial do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e o PTS, você deverá ler:

- O impacto da Estratégia Saúde da Família;
- O conceito, papel e atribuições do NASF;
- O processo de trabalho entre a eSF e o NASF;
- Ferramentas de trabalho do NASF.

Não pode faltar

Impacto da Estratégia de Saúde na Família no Brasil

A estratégia de Saúde na Família, implantada para auxiliar na organização da Atenção Básica, trouxe avanços na universalização e acesso aos serviços nesse nível de atenção, com aumento nas ações de vigilância à saúde, com estabelecimento de vínculos entre usuários, famílias e respectivas equipes.

Os avanços relatados estão relacionados na melhoria da prática assistencial, com

mudanças na qualidade dos atendimentos individuais, com mais acolhimento, vínculo e educação em saúde. Porém, ainda se observam limitações na territorialização, na participação comunitária e nas ações intersetoriais para a resolução dos problemas sociais.

Embora tenha-se observado melhoria no acesso à Atenção Básica, o mesmo não aconteceu com o acesso aos níveis mais especializados, seja devido à escassez de recursos por baixo financiamento, mas também devido aos profissionais da eSF ainda permanecerem dependentes de procedimentos e exames específicos, sobrecarregando ainda mais os serviços especializados, e, ainda, observamos a fragilidade na articulação de ações de promoção, prevenção e recuperação.

Em relação aos limites, estudos apontam a dificuldade na relação interpessoal dos profissionais, principalmente no planejamento e avaliação das ações, restringindo-se, na maioria vezes, ao atendimento das demandas, concentrando-se na prática assistencial focada na doença, limitando-se à assistência curativa.

Dentre os desafios, estão a integralidade das práticas, o trabalho em equipe, a territorialização, a educação em saúde, a responsabilização das equipes, a participação popular e o acesso aos serviços de média e alta complexidade.

Podemos observar que muitos desses desafios têm relação com a formação de profissionais, seja na graduação ou ainda na educação em serviço, que muitas vezes não vivenciam a participação ativa, o diálogo, a troca de saberes e privilegiam conhecimentos técnicos, desconsiderando os aspectos psicossociais, refletindo com frequência numa assistência médica centrada, burocratizada e com pouca responsabilização na atenção às necessidades em saúde das famílias adscritas.

A estratégia de Saúde da Família (ESF) tem conquistado resultados positivos, mas existem desafios e, entre eles, a necessidade da redefinição e qualificação da Atenção Básica na ordenação das redes de atenção, e ainda na capacidade de coordenação e gestão do cuidado, com aumento no número de ações, com diferentes formatos de equipes que possibilitem melhor resolutividade, articulação e suporte aos outros serviços na Rede de Atenção à Saúde (RAS).



Assimile

Os avanços e os desafios presentes na estratégia de Saúde da Família.

Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e seu papel na Estratégia de Saúde da Família

O NASF foi criado em 2008 para dar o suporte qualificado às eSF em situações em que exista a necessidade de conhecimentos profissionais mais especializados, de forma a garantir a integralidade do cuidado.

Ele tem como objetivo ampliar a cobertura e o foco das ações da Atenção Básica, bem como sua resolutividade, apoiando a inserção da estratégia de Saúde da Família na rede de serviços, o processo de territorialização e regionalização. Com o NASF, busca-se superar a fragmentação na atenção e auxiliar na construção de redes de atenção e cuidado, apoiando as equipes de Saúde da Família.



Refleta

De que forma o NASF pode contribuir na integralidade da atenção?

Os NASF são equipes formadas por profissionais de diferentes áreas ou especialidades, que devem atuar em conjunto, de forma integrada, apoiando as eSF, as equipes de Atenção Básica para populações específicas (como as dos Consultórios na Rua (eCR), equipes ribeirinhas (eSFR) e fluviais (eSFF)).

Podem ser compostos por profissionais, tais como: assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, educador físico, médico (clínico, ginecologista e obstetra, homeopata, pediatra, geriatra, psiquiatra, do trabalho), psicólogo clínico, nutricionista, terapeuta ocupacional, sanitarista, veterinário e educador social.

O apoio do NASF às equipes ocorre na troca de saberes, e a capacitação ocorre na prática, na produção do cuidado, no atendimento conjunto entre os profissionais do núcleo e as equipes, onde a responsabilidade passa a ser compartilhada.

Esses núcleos profissionais não se constituem como equipe de referência para encaminhamentos, nem como equipe formadora das eSF, tampouco como núcleo supervisor de equipe, e, principalmente, não se constituem porta de entrada do sistema para os usuários.

O NASF tem responsabilidade de melhorar a assistência e acompanhamento do fluxo dos encaminhamentos, tanto dos recebidos das eSF, quanto dos realizados para outros serviços da RAS. Para tal, são estabelecidas juntamente com as equipes vinculadas estratégias que aumentam a resolutividade dos problemas de saúde na Atenção Básica, os critérios e fluxos para encaminhamentos para outros pontos de atenção, quando necessário.



Faça você mesmo

Uma síntese do papel e atribuições do NASF junto às eSF na Atenção Básica.

O Processo e Ferramentas de Trabalho do NASF na ESF

O apoio matricial ocorre no encontro com as equipes, nas discussões e

colaborações nos casos, nas trocas de saberes e tem função pedagógica e relacional, pois aproximam os profissionais na construção de saberes e práticas e na gestão do trabalho.

O processo de trabalho do NASF junto às eSF deve ser desburocratizado, voltado a possibilitar o aumento da capacidade das equipes e competências para resolutividade na assistência às famílias e às necessidades em saúde no território e na Rede de Atenção Saúde.

O apoiador matricial é um profissional que possui um saber específico, complementar aos dos profissionais de referência, podendo agregar recursos e contribuir com intervenções que aumentem a resolutividade da equipe de referência.

A organização e o desenvolvimento do processo de trabalho do NASF dependem de algumas ferramentas:

- Apoio Matricial – O “apoio” é o processo de trabalho em “equipes de referência” (eSF), é uma forma de mudar o padrão dominante de responsabilidade dos profissionais, que deixa de ser por procedimentos e passa a ser para pessoas. Dessa forma, o apoio matricial agrega a dimensão da assistência, responsável por oferecer tanto atendimento clínico aos usuários, quanto ação técnico-pedagógica, que produz apoio educativo com e para a equipe de saúde referenciada.

- Clínica Ampliada - Ampliar a clínica significa ajustar os saberes teóricos e práticos de cada profissão às necessidades dos usuários. Ou seja, na discussão em equipe de casos clínicos, principalmente os mais complexos, isso se torna um recurso clínico e gerencial muito valioso. Na análise conjunta com a equipe, os profissionais compartilham seus saberes para auxiliar na compreensão e resolução das problemáticas envolvidas nos casos. A existência desse espaço de construção na clínica é privilegiada para o apoio matricial e, portanto, para o trabalho dos profissionais do NASF.

- Projeto Terapêutico Singular (PTS) - É um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com ou sem apoio matricial. Geralmente é dedicado a situações que envolvam soluções mais complexas. É um momento no qual todos compartilham opiniões e saberes para compreender o sujeito, suas necessidades e o cuidado em saúde para poder elaborar ações na tentativa de resolver seu problema.

- Projeto de Saúde no Território (PST) - É uma ferramenta usada na produção da saúde em um território, articulando os serviços de saúde com outros serviços e políticas sociais, de forma a investir na qualidade de vida e na autonomia das comunidades. Esse projeto se inicia pela identificação de uma área e/ou população vulnerável ou em risco, pode se dar partindo de um caso clínico que desperte a necessidade da equipe de intervenções e deve ter foco na promoção da saúde, na participação social e na

intersectorialidade, com a criação de espaços coletivos para reflexão e discussão, nos quais sejam analisadas a priorização das necessidades de saúde, os seus determinantes sociais, as estratégias e os objetivos propostos para a sua abordagem. Essa troca dialógica entre a comunidade, suas lideranças e membros de outros serviços públicos presentes no território poderá estabelecer responsabilidades, pactuar e avaliar o projeto de saúde. O PST auxilia ainda o fortalecimento da integralidade do cuidado à medida que trabalha com ações vinculadas à clínica, à vigilância e à promoção da saúde.



Exemplificando

PTS - Uma eSF apresentando dificuldade na condução do caso de uma usuária idosa que mora sozinha e se encontra imobilizada, necessitando de auxílio para os cuidados diários, discute o caso e solicita apoio matricial com a assistente social para identificar familiares, suportes sociais ou outros recursos e instituições locais que possam auxiliá-la e, juntos, possam elaborar o Projeto Terapêutico Singular.

PST - Casos de dengue no território e a presença de lixo e água parada no território mobilizam a equipe eSF e NASF para discutirem e planejarem ações intersectoriais conjuntas, em que organizaram com a Vigilância Sanitária e instituições locais uma caminhada para a coleta de lixo, conscientização da comunidade e identificação de focos de mosquito.

Organização do NASF

Há três modalidades de NASF (I, II e III): Cada NASF 1 deverá estar vinculado a, no mínimo, cinco e, no máximo, nove eSF e/ou equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua (eCR, equipes ribeirinhas e fluviais)). Cada NASF 2 deverá estar vinculado a, no mínimo, três, e a, no máximo, quatro equipes de Saúde da Família e/ou equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais). Cada NASF 3 deverá estar vinculado a, no mínimo, uma e a, no máximo, duas equipes de Saúde da Família e/ou equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais), agregando-se de modo específico ao processo de trabalho das mesmas, configurando-se como uma equipe ampliada.

Compete ao gestor local, segundo a realidade epidemiológica dos territórios e as necessidades de saúde das pessoas, definir os profissionais que irão compor o(s) NASF(s) do município.

A tabela a seguir apresenta as modalidades do NASF e suas respectivas cargas horárias:

Tabela 3.1 | Modalidades do NASF

Modalidades	Nº de equipes vinculadas	Somatória das Cargas Horárias Profissionais
NASF 1	5 a 9 eSF e/ou EAB para populações específicas (eCR, eSFR e eSFF)	Mínimo 200 horas semanais. Cada ocupação deve ter no mínimo 20h e no máximo 80h de carga horária semanal.
NASF 2	3 a 4 eSF e/ou EAB para populações específicas (eCR, eSFR e eSFF)	Mínimo 120 horas semanais. Cada ocupação deve ter no mínimo 20h e no máximo 40h de carga horária semanal.
NASF 3	1 a 2 eSF e/ou EAB para populações específicas (eCR, eSFR e eSFF)	Mínimo 80 horas semanais. Cada ocupação deve ter no mínimo 20h e no máximo 40h de carga horária semanal.

Fonte: Ministério da Saúde (2014, p. 16).



Pesquise mais

FIGUEIREDO, E. N. **Estratégia Saúde da família e núcleo de apoio à Saúde da família**: diretrizes e fundamentos. 2012. Disponível em: <http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade05/unidade05.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família**: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. v. 1. (Caderno de Atenção Básica; n. 39). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo_apoio_saude_familia_cab39.pdf>. Acesso em: 29 jul. 2015.

Sem medo de errar



Atenção!

Preste atenção nas atribuições do NASF e nas ferramentas que ele adota no processo de trabalho junto às eSF.

O apoio matricial é uma ferramenta de trabalho adotada pelo NASF que auxilia na assistência das equipes em casos mais complexos, através de reuniões e encontros, quando discutem e ampliam os saberes para melhor condução e resolução dos casos, sejam estes individuais ou coletivos. Nesse caso, falamos do suporte assistencial, mas também há a dimensão do apoio técnico-pedagógico, que é realizada na troca de

saberes, quando são produzidos apoios pedagógicos e a equipe incorpora e amplia saberes mais especializados aplicados na prática e cuidado da assistência. Essas duas dimensões podem e devem se misturar em diversos momentos.

O PTS é uma ferramenta do NASF que auxilia na organização do cuidado em saúde e é construído entre equipe e usuário, considerando as singularidades do sujeito e a complexidade de cada caso. No PTS, a identificação das necessidades de saúde, a discussão do diagnóstico e a definição do cuidado são compartilhadas entre equipes de referência e apoiadores do NASF, o que leva ao aumento da eficácia dos tratamentos, pois a ampliação da comunicação traz o fortalecimento dos vínculos e o aumento do grau de responsabilização conjunta.

O PTS é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas elaboradas coletivamente para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial, se necessário, para condições de saúde e/ou sociais mais complexas. É construído pela análise e exposição de opiniões entre os membros da eSF e apoiadores para ampliar a resolutividade do caso e atender às necessidades de saúde do indivíduo e/ou de sua família.

O PTS se desenvolve em quatro momentos:

- Diagnóstico - Avaliação dos problemas envolvidos (físicos, psicológicos e sociais), buscando identificar as vulnerabilidades do sujeito e os riscos presentes, a condição de vida, o trabalho, a cultura, o suporte social e os aspectos que podem estar relacionados ao adoecimento e também as potencialidades do usuário em questão, que podem auxiliar em sua recuperação.

- Definição das metas - Sobre os problemas, a equipe trabalha as propostas de curto, médio e longo prazo, que serão negociadas com o usuário "doente" e/ou fragilizado e as pessoas envolvidas. A negociação deverá ser feita, preferencialmente, pelo membro da equipe que tiver melhor vínculo com o usuário.

- Divisão de responsabilidades - É importante definir as tarefas de cada um com clareza, selecionar o profissional de referência, que na Atenção Básica pode ser qualquer membro da eSF, independentemente da formação, como uma estratégia para favorecer a continuidade. Ele se manterá informado do andamento das ações planejadas no projeto terapêutico. Será aquele que a família irá procurar quando sentir necessidade e com o qual negociará as propostas terapêuticas. O profissional de referência também aciona os profissionais do NASF caso aconteça um evento muito importante e articula grupos menores de profissionais para a resolução de questões pontuais surgidas no andamento da implementação do projeto terapêutico.

- Reavaliação - Momento em que se discutirá a evolução e se farão as devidas correções dos rumos tomados.



Lembre-se

NASCIMENTO, D. D. G.; OLIVEIRA, M. A. C. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. **O Mundo da Saúde**, n. 34, v. 1, p. 92-96, 2010. Disponível em: <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/74/12_revisao_reflexoes.pdf>. Acesso em: 26 jul. 2015.

Avançando na prática



Faça você mesmo

Uma síntese sobre o processo de trabalho do NASF justificando de que forma ele pode melhorar a integralidade e interdisciplinaridade na Atenção Básica.

Pratique mais

Instrução

Desafiamos você a praticar o que aprendeu, transferindo seus conhecimentos para novas situações que pode encontrar no ambiente de trabalho. Realize as atividades e depois as compare com as de seus colegas.

Potencializando a intersetorialidade e interdisciplinaridade nas Práticas das eSF

1. Competências de Fundamentos de Área	Conhecer e atuar em atividades planejadas, criando condições de produzir mudanças de comportamento desejadas em relação à saúde.
2. Objetivos de aprendizagem	Criar condições ao aluno de entender a atuação do NASF junto às eSF para apoiar a integralidade e a interdisciplinaridade na Atenção Básica.
3. Conteúdos relacionados	<ul style="list-style-type: none"> - Impactos da eSF, seus limites e desafios na integralidade; - Atribuições e papel do NASF junto às eSF; - O processo de trabalho, a interdisciplinaridade e intersetorialidade no NASF.
4. Descrição da SP	Em reunião do NASF, os profissionais queixaram-se da grande demanda de agendamentos de consultas individuais, afirmando que a interdisciplinaridade e intersetorialidade estavam sendo comprometidas. Justifique essa afirmação e cite quais medidas deveriam ser adotadas.
5. Resolução da SP	Entende-se a intersetorialidade como a articulação entre sujeitos de diferentes setores sociais e, portanto, de saberes, poderes e vontades diversas para abordar uma situação ou problemática em conjunto.

	<p>Essa forma de trabalhar favorece a superação da fragmentação dos conhecimentos e a superação dos problemas sociais para produzir resultados mais significativos na saúde da população. Entende-se a interdisciplinaridade como trabalho em que os saberes e as práticas se complementam, envolve relações de interação dinâmica entre saberes, de articulação, complementariedade e negociação para elaboração de ações e projetos terapêuticos.</p> <p>A problemática relatada pelos profissionais do NASF tem relação com o processo de trabalho desenvolvido, que privilegia os atendimentos individuais. Esse modo de produzir cuidado e atenção deve ser superado e, assim, ser adotado o apoio matricial, do contrário, não há como desenvolver a interdisciplinaridade e a intersetorialidade.</p> <p>Os atendimentos dos profissionais do NASF com os usuários e/ou famílias devem sempre ser precedidos de discussão e negociação com os profissionais da eSF responsáveis pelo caso, de forma que o atendimento individualizado pelo NASF ocorra apenas em situações extremamente necessárias e, quando ocorrer, deve ser discutido posteriormente e acompanhado pela eSF.</p> <p>Para assegurar a interdisciplinaridade, o NASF deve desenvolver seu trabalho com foco nos territórios de sua responsabilidade, juntamente com as eSF vinculadas, priorizando ações como :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Atendimento compartilhado, com intervenção interdisciplinar para troca de saberes, capacitação e desenvolvimento de responsabilidades mútuas, com momentos para a análise de situações, discussão de casos, construção de projeto terapêutico singular, orientações, bem como consultas e intervenções conjuntas, apoio por telefone, e-mail, etc. - Ações conjuntas com as eSF nos territórios de sua responsabilidade, com o desenvolvimento do projeto de saúde no território, planejamentos, apoio aos grupos, trabalhos educativos, de inclusão social, enfrentamento da violência, ações junto aos equipamentos públicos, como escolas, creches, etc.
--	---



Lembre-se

FERRO, L. F. et al. Interdisciplinaridade e intersetorialidade na Estratégia Saúde da Família e no Núcleo de Apoio à Saúde da Família: potencialidades e desafios. **O Mundo da Saúde**, n. 38, v. 2, p. 129-138, 2014. Disponível em: <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/155562/A01.pdf>. Acesso em: 29 jul. 2015.

Faça valer a pena

1. Dentre os desafios da Estratégia Saúde da Família, estão:

a) () O trabalho multidisciplinar que ainda não assegura a interdisciplinaridade.

- b) () O acesso precário à Atenção Básica.
- c) () A dificuldade de acesso aos outros serviços da Rede de Atenção à Saúde, comprometendo a interdisciplinaridade.
- d) () A qualidade da assistência às famílias adscritas, com necessidade de melhor acolhimento e vínculo.
- e) () A integralidade na Atenção Básica, pois ainda há predomínio de ações de promoção e educação em saúde em relação às ações assistenciais.

2. O processo de trabalho do Núcleo de Apoio à Saúde da Família junto às equipes de Saúde da Família deve possibilitar o aumento da capacidade das equipes e competências para resolutividade na assistência às famílias, o que se dá por meio:

- a) () Da territorialização, que é assegurada pelo apoio matricial.
- b) () Da integralidade, que é assegurada pelo apoio matricial.
- c) () Da interdisciplinaridade, que se desenvolve no apoio matricial.
- d) () Da participação social, que é assegurada pelo apoio matricial.
- e) () Da educação em saúde à população, assegurada pelo apoio matricial.

3. O Núcleo de Apoio à Saúde da Família tem a responsabilidade de melhorar a assistência e o acompanhamento do fluxo dos encaminhamentos, tanto dos recebidos das equipes de Saúde da Família, quanto dos realizados para outros serviços da Rede de Atenção à Saúde. Assegurando, dessa forma:

- a) () A interdisciplinaridade.
- b) () A integralidade.
- c) () A regionalização.
- d) () A adscrição da clientela.
- e) () O caráter substitutivo da assistência.

Seção 3.3

Evolução do SUS - 25 anos

Diálogo aberto

Marcelo é um aluno que participa do Programa Pró-Saúde. Um dia relatou à professora da disciplina de Formação Integral em Saúde as atividades que irão ocorrer sobre os 25 anos do SUS, e que ele terá um seminário sobre o Pacto pela Saúde e precisará pesquisar e apresentar o tema para outros alunos do estágio. Preocupado, perguntou a ela onde poderia encontrar informações sobre o assunto. A professora disponibilizou o material e falou: “estude, que iremos debater o assunto em sala com a turma em nosso próximo encontro, combinado?”

Assim como Marcelo, você está convidado a ler a webaula e o livro didático da seção 3.3 e a responder aos seguintes tópicos:

- Conceito e objetivo do Pacto pela Saúde 2006;
- Os componentes Pacto:
 - Pacto pela Vida;
 - Pacto em Defesa do SUS;
 - Pacto de Gestão.

Não pode faltar

Avanços e desafios nos 25 anos do Sistema Único de Saúde

O Sistema Único de Saúde tem um alcance universal por atender todos os brasileiros, sem distinção, proporcionando serviços de vigilância sanitária e epidemiológica, de sangue, de transplantes de órgãos e outros.

Sem dúvida, o SUS é a maior política de inclusão social da história do Brasil e

apresenta resultados significativos, os números apontam valores próximos a 6 mil hospitais, mais de 70 mil ambulatorios contratados, 2 bilhões de procedimentos ambulatoriais e 11 milhões de internações hospitalares. Anualmente, são realizados aproximadamente 10 milhões de tratamentos quimioterápicos e radioterápicos, mais de 200 mil cirurgias cardíacas e valores próximos a 150 mil vacinas.

Possui programas que são referência para outros países, como o Sistema Nacional de Imunizações, o Programa de Controle de HIV/Aids e de Transplantes de Órgãos, que tem a maior produção mundial de transplantes realizados em sistemas públicos do mundo.

O SUS avançou e trouxe aos cidadãos brasileiros o direito à saúde, a melhora no acesso à atenção básica e a serviços de emergência, bem como cobertura universal de vacinação e de assistência pré-natal. Houve grande expansão dos recursos humanos e de tecnologia, incluindo a fabricação de produtos farmacêuticos essenciais ao país.

Foram realizadas inovações com ampliação da descentralização, transferindo poder e responsabilidades para o nível municipal, bem como criadas estratégias para garantir a participação social na formulação e controle de políticas de saúde.



Assimile

A evolução e os avanços do atual sistema de saúde em sua trajetória de 25 anos.

O SUS foi construído para oferecer cobertura universal, caracterizado por financiamento público através de impostos gerais, universalidade de acesso, gestão pública e serviços prestados, sejam eles públicos ou privados.

Considerando o princípio da universalidade que garante acesso a todos indistintamente, nos diversos níveis de complexidade e a finitude de recursos, observa-se uma limitação em oferecer a equidade, num país de grande dimensão territorial e de múltiplas diversidades regionais.

Dentre os desafios a serem enfrentados, tem-se o de assegurar a cobertura universal e equitativa, pois à medida que há aumento na participação do setor privado, com objetivos antagônicos, que contrapõem o acesso universal, acaba sendo comprometida a equidade no acesso aos serviços e nas condições sanitárias.

O baixo financiamento reflete-se negativamente na infraestrutura e nos recursos humanos, prejudicando o acesso universal e a equidade. Há ainda a necessidade de melhorar a gestão e o controle social, o fortalecimento e aperfeiçoamento da Atenção Primária à Saúde na organização do conjunto de procedimentos e cuidados em saúde, reduzir as dificuldades no acesso aos níveis mais complexos, aperfeiçoar a

organização da rede por regiões e conforme níveis de complexidade. Desenvolver a integração das ações em saúde e políticas, reconhecer e promover a autonomia dos entes federados.

O Brasil tem sofrido transformações demográficas e epidemiológicas que impõem a transição de um padrão de atenção centrado nas doenças agudas para um modelo baseado na promoção intersectorial da saúde e na integração da rede de serviços.

Para a superação desses desafios, tais como o financiamento, a articulação público-privada e as desigualdades persistentes, será necessária a vontade política e a articulação entre os cidadãos, organizações sociais, comunidade, gestores, servidores e usuários para assegurar efetividade nas políticas públicas a fim de promover melhor qualidade de vida aos cidadãos.



Refleta

Quais os desafios e principais limitações do SUS na atualidade?

A reorientação da Atenção Primária à Saúde pela Estratégia Saúde da Família (ESF) encontra-se comprometida devido a dificuldades na realização de encaminhamentos para atendimentos nos níveis de atenção secundária e terciária. Em diversos municípios brasileiros a ESF não funciona com integralidade e equidade na atenção, devido ao despreparo dos profissionais das equipes para atuação na atenção básica e de forma integral. Acrescido ao fato de que muitos gestores ainda preconizam a assistência curativa para demonstrar número de atendimentos em épocas de eleição, pois culturalmente a sociedade ainda interpreta a saúde enquanto assistência curativa. Sem contar com a dificuldade em vagas no sistema de referenciamento em algumas regiões.



Atenção!

Atenção Básica - Os investimentos na Atenção Básica trouxeram alguns resultados positivos, os encaminhamentos a serviços secundários são mais efetivos e o tempo de espera é mais curto que nos casos de encaminhamentos feitos de outra forma. A ESF possibilitou a redução de mortalidade pós-natal e do número de internações hospitalares evitáveis.

Atenção Secundária - A prestação de serviços especializados é complicada pela escassez de vagas e pelo fato de o setor privado contratado muitas vezes dar preferência aos pacientes com planos de saúde privados, principalmente nos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico (tomografia, ressonância magnética, entre outros).

Atenção Terciária - A atenção terciária no SUS inclui alguns procedimentos de alto custo e hospitais públicos de ensino, pagos com recursos públicos a preços próximos ao valor de mercado. Há disparidade na oferta de leitos entre municípios, por exemplo: a população de municípios pobres tem menor possibilidade de conseguir internação do que a de municípios mais ricos, o que exige políticas não somente para regionalizar e assegurar o transporte de pacientes ao hospital, mas também para modificar os modelos de cuidado de modo a reduzir tais desigualdades no acesso.

As limitações e desafios precisam ser superados, principalmente na questão da regionalização e descentralização na gestão, com necessidade de melhorar a capacidade dos gestores, conselheiros e das equipes de saúde, especialmente estas últimas, pois muitos profissionais não apresentam perfil para atuação na Atenção Básica. Mesmo com a criação da Política Nacional de Humanização e de Atenção Básica, do Pacto pela Saúde, da Regionalização Solidária e cooperativa, entre outras ações, ainda encontramos as referidas dificuldades.

Organização e operacionalização nos municípios

A descentralização redistribui as atribuições entre os governos, o poder de decisão, de gestão financeira, de recursos humanos e prestadores do governo federal para estados e, principalmente, municípios. A regionalização na saúde é um processo político, determinado pelas articulações e pactuações entre os governos, organizações e cidadãos na região. Para tal, depende de mecanismos de planejamento, integração, gestão, regulação e financiamento.

Pacto pela Saúde

Frente às críticas ao modelo de condução adotado pelo governo federal na efetivação da descentralização e regionalização, e à necessidade de adoção de critérios de distribuição mais justa entre os governos e de formulação de modalidades inovadoras para as transferências dos recursos financeiros, a formulação de metas e objetivos em saúde para a regulação e avaliação das ações oferecidas pelo SUS, a concepção de estratégias para a organização da gestão regionalizada e a definição da organização como conjunto integrado de serviços, tendo a atenção primária como ordenadora, o pacto começou a ser discutido e construído em 2004, sendo publicado em 2006.

É um agrupamento de acordos para suplantar as dificuldades encontradas pelos gestores e possui como objetivo fortalecer a gestão descentralizada do sistema. Apresentou o reestabelecimento das responsabilidades coletivas dos gestores dos três níveis de governo e a pactuação de prioridades, objetivos e metas a serem atingidas.

Possibilitou a realização de compromissos entre os responsáveis pela gestão nos três níveis, modificando as formas e instrumentos para o gerenciamento a fim de melhorar a execução, eficácia e competência e, concomitantemente, determinou atribuições partilhadas para aumentar a efetividade e resolutividade nas ações segundo as necessidades sanitárias.

A adesão ao Pacto é feita mediante o preenchimento e assinatura de Termos de Compromisso de Gestão (TCG) pelos gestores, que devem ser aprovados e homologados nas respectivas Comissões Intergestores em âmbito estadual e nacional.

O Pacto é composto por três dimensões: Pacto pela Vida, Pacto de Gestão e Pacto em Defesa do SUS.

- Pacto pela Vida - É o acordo entre os responsáveis pela gestão do Sistema de Saúde acerca das prioridades que influenciam nas condições sanitárias. O estabelecimento de prioridades deve ser realizado através de metas em nível nacional, regional, estadual, ou municipal. Prioridades em nível estadual ou regional podem ser agrupadas às prioridades nacionais, conforme pactuação local. Já os níveis estadual, regional e municipal devem negociar e assumir compromissos com ações imprescindíveis para alcançar os objetivos e metas propostas.

É composto por seis prioridades pactuadas e seus respectivos objetivos:

1. Saúde do Idoso - Instituir a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, visando integralidade na atenção.

2. Controle do câncer do colo do útero e da mama - Redução do índice de mortes decorrentes desses tipos de câncer.

3. Diminuir o índice de mortes materno-infantil - Baixando o número de mortes materna, neonatal e infantil, decorrentes de diarreia e pneumonias.

4. Melhorar a resolutividade no combate às doenças emergentes e endemias, em destaque a dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza – Ampliar a resolutividade do sistema às doenças emergentes e endemias.

5. Promoção da Saúde - Instituir a Política para a Promoção da Saúde.

6. Consolidação da Atenção Básica - Consolidar e melhorar a capacidade resolutiva da ESF enquanto modelo de atenção básica à saúde e como centro ordenador das redes de atenção à saúde.

- Pacto em Defesa do SUS - Aponta a necessidade de um movimento político mais amplo, com estratégias e ações nos três níveis de governo, objetivando fortalecer o atual sistema de saúde enquanto política, que se perpetue com as mudanças de governo, garantindo que os princípios e diretrizes da reforma sanitária sejam

respeitados, assegurando a saúde enquanto direito do cidadão e a universalidade do SUS.

- Pacto de Gestão - Define as responsabilidades, os papéis e as funções de cada esfera de governo, reforçando a gestão compartilhada do SUS. Este Pacto intensifica a descentralização e reduz a burocratização, fortalece a conformação da saúde nos territórios para a estruturação dos sistemas, configurando-as em regiões de saúde e instaurando colegiados de gestão regional.

Ressalta a relevância da participação popular e do controle social e assume a responsabilidade quanto à sua capacitação. Define as diretrizes quanto ao financiamento público para alocação mais justa segundo as necessidades dos recursos, intensificando os mecanismos de transferência fundo a fundo entre gestores; compõe grandes blocos o financiamento federal e determina relações de contratos entre os três níveis de governo.

Para o gerenciamento do sistema, estabelece as prioridades relativas à descentralização, regionalização, financiamento, planejamento, programação pactuada e integrada, regulação, participação social, gestão do trabalho e educação na saúde.



Faça você mesmo

Faça um resumo sobre objetivos e prioridades dos três componentes do Pacto pela Saúde.



Pesquise mais

LIMA, L. D. Descentralização e Regionalização: Dinâmica e Condicionantes da Implantação do Pacto pela Saúde no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, p. 1903-1914, 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000700030>>. Acesso em: 5 ago. 2015.

SAUTER, A. M. W.; GIRARDON-PERLINI, N. M. O.; KOPF, A. W. Política de Regionalização da Saúde: das Normas Operacionais ao Pacto pela Saúde. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 16, n. 2, p. 265-274, 2012. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/528>>. Acesso em: 4 ago. 2015.

Sem medo de errar



Atenção!

Fique atento aos objetivos do Pacto pela Saúde e seus componentes.

O Pacto pela Saúde é um conjunto de acordos elaborados entre os responsáveis pela gestão nos três níveis de governo, visando ao fortalecimento do SUS. O Pacto foi construído mediante muita negociação entre os representantes do Ministério da Saúde, do Conselho de Secretários de Saúde Nacional e Municipais.

Este pacto modifica a lógica de regulamentação da descentralização das responsabilidades e dos recursos, proporcionando maior distribuição de responsabilidades através do estabelecimento de Termos de Compromisso de Gestão entre os três níveis de governo.

O pacto publicado em 2006 apresenta uma série de orientações e prioridades, e é composto por três dimensões:

- Pacto pela Vida - Traz um agrupamento de metas relacionadas a seis áreas prioritárias relativas à saúde: a. saúde do idoso; b. controle do câncer do colo de útero e de mama; c. reduzir o índice de mortes materno-infantil; d. melhora da capacidade resolutiva às doenças emergentes e endemias (com destaque a dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza); e. promoção da saúde, com destaque na atividade física regular e alimentação saudável; f. fortalecimento da Atenção Básica.

- Pacto em Defesa do SUS - Apresenta compromissos políticos que os gestores devem assumir de luta pelos princípios e consolidação do SUS.

- Pacto de Gestão - Reúne estratégias para fortalecer o planejamento da regionalização, da gestão do trabalho e da formação dos profissionais de saúde, entre outros.

Pode-se afirmar que o Pacto pela Saúde tem implicações importantes relacionadas às relações intergovernamentais na saúde, ao financiamento e à regionalização no SUS. A regionalização é bastante enfatizada no Pacto, que propôs a conformação dos Colegiados de Gestão Regional (GDR) como uma estratégia importante para fortalecer a organização e o planejamento do conjunto de serviços em formato de redes integradas e regionalizadas.



Lembre-se

Você poderá aprofundar os conhecimentos no link a seguir:

CARNEIRO, T. S. G. O Pacto pela Saúde na prática cotidiana da Atenção Primária à Saúde. **Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde**, v. 38, n. 102, p. 429-439, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n102/0103-1104-sdeb-38-102-0429.pdf>>. Acesso em: 5 set. 2015.

Avançando na prática

Pratique mais

Instrução

Desafiamos você a praticar o que aprendeu, transferindo seus conhecimentos para novas situações que pode encontrar no ambiente de trabalho. Realize as atividades e depois as compare com as de seus colegas.

Planejando e gerenciando ações com base em metas e prioridades

1. Competências de Fundamentos de Área	Conhecer e atuar em atividades planejadas, criando condições de produzir mudanças de comportamento desejadas em relação à saúde.
2. Objetivos de aprendizagem	Criar condições para que os alunos entendam o compromisso do gestor em relação ao Pacto pela Saúde e seus componentes. Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão com os processos e ações desenvolvidos na ponta, ou seja, na assistência, na Educação em Saúde, na Vigilância, a participação e o diálogo permitem a integração entre os diferentes setores e profissionais, pensando coletivamente em uma ação coordenada e integrada.
3. Conteúdos relacionados	Estratégia Saúde da Família, Pacto pela Saúde e seus componentes (Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão).
4. Descrição da SP	A Secretaria de Saúde de um município que enfrenta uma epidemia de dengue reuniu representantes da Vigilância Epidemiológica, da Estratégia Saúde da Família de todos os territórios de seu município e a equipe de profissionais de pronto-atendimento para conhecer as condições sanitárias e as ações que estão sendo implantadas e para definir metas para melhor efetividade no combate à dengue. Essa situação-problema tem relação com o Pacto pela Saúde? Se sim, com qual(is) componente(s) do Pacto?
5. Resolução da SP	Nesse caso, o gestor municipal usou como estratégia ouvir e discutir as condições sanitárias, os problemas de cada território, as ações que estão sendo realizadas e decidiu propor coletivamente com os diversos setores (Vigilância Epidemiológica, da Atenção Básica e dos Prontos-atendimentos) ações integradas com o objetivo de traçar metas e um plano de controle e combate efetivo. Foi possível reconhecer o compromisso do gestor com o Pacto da Vida e o Pacto de Gestão. Para realizar um planejamento segundo as condições identificadas nos territórios, serão adotadas medidas mais efetivas e integradas, acompanhando e coordenando as ações intersetoriais e fazendo a gestão do trabalho no combate à Dengue.



Faça você mesmo

Faça a relação do Pacto pela Vida e de Gestão apontado no caso.

Faça valer a pena

1. Qual o avanço do Sistema Único de Saúde nos seus 25 anos de existência?

- a) () Saúde enquanto direito universal, com programas de saúde reconhecidos internacionalmente.
- b) () Descentralização e regionalização.
- c) () Qualificação dos gestores.
- d) () Financiamento da saúde.
- e) () Equidade no acesso às redes de serviços.

2. Quais as limitações da Estratégia Saúde da Família como reorientadora da Atenção Primária à Saúde?

- a) () Dificuldades na descentralização.
- b) () Dificuldades ao referenciar casos a serviços secundário e terciário.
- c) () Financiamento.
- d) () Dificuldades com gestores que preconizam a assistência integral.
- e) () Qualificação dos conselheiros.

3. Quais as condições enfrentadas pelo Sistema Único de Saúde que impulsionaram a criação do Pacto pela Saúde?

- a) () Falta de uma Política de Atenção Básica.
- b) () O despreparo dos profissionais de saúde.
- c) () O despreparo dos gestores ainda focados na assistência curativa.
- d) () Dificuldade de vagas para referenciamento a outra região.
- e) () As dificuldades na descentralização e regionalização.

Seção 3.4

Modelos assistenciais adotados por outros países

Diálogo aberto

Joana, aluna do Projeto Pró-Saúde, ao término da aula, procurou a professora da disciplina de Formação Integral em Saúde e relatou que irá participar de um Fórum sobre Sistemas Comparados em Saúde, e que estava preocupada, uma vez que irá debater sobre questões relativas ao financiamento nos sistemas de saúde e o modelo adotado. A professora ouviu e falou: “não se preocupe, iremos debater juntas o que são Sistemas Comparados em Saúde e os aspectos que influenciam na sua efetividade”.

A professora, antes de sair, combinou com a turma que lessem a webaula 3.4 e o livro didático referente à seção, pois na próxima aula iriam discutir o Sistema Comparado de Saúde.

Você, assim como Joana, deverá ler e realizar as atividades propostas para entender:

- O que são os Sistemas Comparados em Saúde;
- Como são classificados os sistemas de saúde;
- Os diferentes modelos existentes e os aspectos que devem ser considerados na classificação de um sistema.

Isso para que, ao término da aula, possa responder aos questionamentos:

- O que são Sistemas Comparados em Saúde?
- Quais aspectos devem ser considerados na análise de um sistema de saúde?

Não pode faltar

Sistemas de Saúde Comparados

Analisar os sistemas de saúde de forma comparada é uma estratégia que possibilita reconhecer as características, as diferenças, as semelhanças e o desempenho dos

sistemas, permitindo conhecer experiências de sucesso de outros países para serem adotadas nos programas e políticas de saúde. Vale ressaltar que há diferenças socioculturais, políticas e econômicas que devem ser sempre consideradas.

Para entender um Sistema de Saúde é preciso identificar as peculiaridades das organizações, do conjunto de serviços, dos profissionais, das tecnologias, o financiamento, a gestão, a regulação e a prestação de serviços.

Os sistemas são classificados principalmente de acordo com o tipo de modelo universal ou segmentado de financiamento, regulação e o modelo assistencial adotado, ou seja, o tipo de prestação de serviços.

Embora classifiquemos os sistemas de saúde conforme modelos adotados, é necessário destacar que não há um modelo único de sistema de saúde. Ao afirmarmos que determinado país adota um modelo, estamos nos referindo ao modelo que predomina.

A configuração dos sistemas de saúde é determinada pelos posicionamentos políticos e ideológicos, do papel do Estado em relação aos serviços de saúde.



Assimile

Através do sistema comparado de saúde é possível conhecer as características dos sistemas de saúde em outros países, assim como o seu desempenho.

Classificação de Sistemas de Saúde

Os principais modelos institucionais são:

- De monopólio estatal, no qual o Estado é regulador, financiador e prestador de serviços, é também conhecido como modelo Semashko.
- De mercado ou também conhecido como seguro privado. Caracteriza-se por ser segmentado, descentralizado e pela pluralidade de reguladores, financiadores e prestadores de serviços que competem entre si, com pouca ou nenhuma regulação governamental.
- Beveridgeano. Caracteriza-se por financiamento público por meio de impostos gerais, controle parlamentar, universalidade de acesso, gestão pública e prestação de serviços por mix público/privado.
- Bismarckiano ou modelo de Seguridade Social. Expressa-se em um sistema de saúde financiado por cotas obrigatórias, pagas por empresários e trabalhadores que aportam recursos para um fundo público de seguridade que faz a gestão do sistema.

- De competição gerenciada, o mercado é articulado entre consumidores, operadoras de planos de saúde e patrocinadores que convivem em situação de competição regulada.

Segundo o modelo de proteção social, pode ser classificado em:

Modelo Universalista

Nesses sistemas universais, o Estado presta a maioria ou a totalidade de serviços, as redes hospitalares e ambulatoriais são geralmente do governo.

Modelo de Seguro Social

Esse modelo de proteção social, também universal, denominado bismarckiano, exige um seguro de participação obrigatória que dá cobertura aos contribuintes e a suas famílias. Geralmente segmentados por categoria profissional, recebem críticas devido às desigualdades sociais, levando à exclusão de pessoas fora do sistema de trabalho.

Modelo Assistencialista

Nesse modelo de proteção social residual ou assistencialista, o Estado não assume a responsabilidade pela saúde, que é uma obrigação dos cidadãos. Somente as pessoas incapazes de assumir a responsabilidade individual de cuidar da saúde é que recebem assistência do Estado. A assistência é dada à população vulnerável e a pessoas carentes, mas há limite de ações, para estimular a responsabilidade individual por sua saúde.



Exemplificando

Modelo Universalista: Exemplo do modelo Semashko é o adotado em Cuba e o Beveridgiano é o adotado na Inglaterra e no Brasil.

Modelo de Seguro Social: Exemplo do sistema bismarckiano, adotado em países europeus.

Modelo Seguro Privado: Exemplo desse modelo é o adotado nos Estados Unidos, onde 75% da população faz uso do seguro privado.

Em relação ao financiamento, podemos afirmar, de forma geral, que os sistemas universais de modelo Beveridgiano utilizam recursos provenientes de impostos

gerais. Já os modelos de seguro social, denominados bismarckianos, decorrem de porcentagens de pagamento salarial, e o modelo residual assistencial é financiado por investimento privado.



Refleta

Aponte as diferenças entre os modelos de sistema de saúde apresentados.

Sistema de Saúde nos Estados Unidos

É considerado um sistema plural, pois participam instituições públicas e privadas e instituições não governamentais para grupos específicos, como câncer, saúde mental, entre outros.

As instituições públicas se responsabilizam pela vigilância epidemiológica, sanitária e provisionamento de serviços médico-hospitalares para determinados grupos populacionais. Existem dois grandes programas: o MEDICARE, que é um seguro social de responsabilidade federal que oferece cobertura médico-hospitalar aos aposentados e seus dependentes, deficientes e portadores de doença renal terminal; e o MEDICAID, destinado à população pobre (jovens e idosos) que está sob responsabilidade dos governos estaduais e é financiado por impostos estaduais e subsídios federais.

A maioria da população americana (75%) obtém assistência em saúde por meio dos seguros privados (planos de saúde). Devido ao alto custo, há baixa cobertura e baixa qualidade nos serviços, mas tem passado por reformas.

Sistema de Saúde no Canadá

É denominado um sistema nacional de saúde, financiado em sua maioria pelo setor público, com autonomia de gestão, o que significa que cada uma das dez províncias faz a gestão dos serviços, respeitando os princípios da universalização, gestão pública e integralidade, assegurados na legislação federal. A assistência à saúde é prestada por servidores privados com diferentes modalidades de contratos.

Os hospitais e serviços de saúde devem seguir padrões estabelecidos pela federação para garantir homogeneidade nas normas, provisão de recursos e de serviços. Parcela da população (66,6%) possui seguro privado suplementar para cobertura de serviços não oferecidos pelo serviço público (cirurgia estética, hotelaria, próteses, homecare, entre outros).

Sistemas de Saúde Europeus

Na Espanha, o sistema de saúde se caracteriza pela universalização da atenção,

com cobertura total aos cidadãos e estrangeiros legalizados residentes no país. A porta de entrada para o sistema é realizada pelos médicos de família e comunitários em centros de saúde que são servidores públicos. O financiamento é obtido por recursos do Estado, das dezessete comunidades autônomas, da seguridade social e de instituições locais.

No sistema de saúde francês, o Estado exerce papel regulador, gerenciando as relações entre os médicos, pacientes e instituições financeiras. Fundamenta-se em três princípios: solidariedade (assegura um financiamento compartilhado independente do risco de adoecimento), pluralismo e medicina liberal. Os recursos financeiros se originam de contribuições de empresas, de trabalhadores, caracterizando um seguro público. A assistência à saúde é realizada por serviços públicos (60% da população) e privados (planos de saúde).

Na Inglaterra, o Serviço Nacional do Reino Unido, criado em 1948, conhecido como NHS, é um sistema modelo de socialização na saúde universal, em que a porta de entrada são os médicos clínicos gerais que realizam encaminhamentos a especialidades e aos hospitais, que 95% são públicos e financiados por meio de impostos nacionais. O sistema passou por reformas devido às listas de espera para atendimento por especialistas e cirurgias.

Sistemas de Saúde na América Latina

Existe uma diversidade de combinações de sistemas de saúde nos países latino-americanos. Há três modelos de reforma na região: o de mercado, realizado no Chile, o de seguro, na Colômbia, e o modelo público universal, no Brasil: o Sistema Único de Saúde (SUS).

Ao analisar a implementação da política de Atenção Primária na América Latina, encontramos três modalidades: atenção primária integrada em programas de saúde materno-infantil (Bolívia, El Salvador, Nicarágua), como porta de entrada e reorientadora da atenção (Brasil, Chile e Costa Rica) e experiências municipais com universalização incompletas baseadas em seguros (Argentina e Colômbia).

Na Argentina, o sistema é formado por serviços públicos de gestão nacional, provincial e municipal, o seguro social é obrigatório e o seguro privado é voluntário. Há uma rede de hospitais e centros de saúde públicos com grande parte de aporte de recursos financeiros vindos das províncias e municípios, com prestação de serviços públicos e a regulação e normatização realizada pelo Ministério da Saúde. Possui um modelo de Assistência Primária à Saúde, mas com predomínio de atenção curativa e hospitalar.

Na Colômbia há o Sistema Geral de Segurança Social de Saúde, formado por dois

planos obrigatórios de Saúde: um para o seguro contributivo e outro mais restrito ao subsidiado. O sistema vem sendo modificado devido à falta de coordenação e integração, foi instituída uma lei para a Atenção Primária à Saúde (APS), porém há dúvidas quanto à efetividade das reformas, pois não têm sido realizadas mudanças estruturais no modelo assistencial.

O Chile teve seu sistema de saúde totalmente transformado, de um sistema nacional de saúde para um serviço de saúde privatizado. Foram criados três modelos de atendimento: Institucional, nos serviços próprios (bonificações conforme a renda) ou livre escolha, mediante ordem de pagamentos por parte do usuário, caracterizando "copagamento", ou seja, partilhamento de custeio dos sistemas de saúde com o usuário; e possibilidade de múltiplas coberturas, segundo pagamentos complementares. Estão realizando mudanças com um sistema que obriga serviços públicos e privados a oferecerem cobertura obrigatória aos principais problemas de saúde, autogestão hospitalar, um comitê de integração de rede assistencial, ações para ampliar acesso, melhorar qualidade de serviços, estímulo a APS, redes regionalizadas e integradas, com aumento de aporte fiscal e redução no custeio de contribuição entre usuários.

O SUS, implantado no Brasil, extinguiu serviços de assistência previdenciária e estabeleceu um modelo descentralizado de gestão compartilhada entre União, Estados e municípios, financiado por recursos fiscais. Devido ao baixo financiamento para ampliar a cobertura, foi observado crescimento de seguros privados, com um mix de financiamento e prestação de serviços público-privados, o que caracteriza o sistema como universal com cobertura duplicada e subsidiada, uma vez que os gastos privados são descontados do imposto de renda.

Há dificuldades, como baixa oferta de serviços especializados, de diagnóstico e hospitalares, refletindo em filas de espera. O gasto público em nosso país é menor do que os gastos privados, comprometendo a universalidade do sistema.

Estudos comparados têm revelado que países com sistemas segmentados têm percentual de gastos inferior a 50%, como os Estados Unidos, já países que adotam o sistema universal, o gasto é superior a 70%, como o Canadá, a França, o Reino Unido e a Espanha.



Pesquise mais

CONNIL, E. M. Sistemas comparados em Saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Org.). **Tratado de saúde coletiva**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2014. p. 591-659.

OCKÉ-REIS, Carlos Octávio. **Sistemas comparados de saúde**: uma análise preliminar. Mimeo, 2006. Disponível em: <http://abresbrasil.org.br/sites/default/files/mesa_07_-_carlos_octavio_sistcompsaude.pdf>. Acesso em: 14 ago. 2015.



Faça você mesmo

Agora, faça uma análise de quais países possuem sistemas com características semelhantes ao SUS.

Sem medo de errar



Atenção!

À importância dos Sistemas Comparados de Saúde e aos aspectos que devem ser considerados nas análises.

Sistemas Comparados de Saúde é uma metodologia utilizada para avaliação do desempenho dos sistemas de saúde por meio de uma análise comparativa entre os diversos sistemas de saúde existentes no mundo. Essa análise possibilita verificar semelhanças, diferenças, as principais características e a efetividade entre os sistemas nos diferentes países.

Permite conhecer as características, fragilidades e potencialidades dos sistemas, as experiências de sucesso e os fracassos nos programas, ações que podem ser adaptadas segundo as características socioeconômicas e políticas entre os países.

Para realizar a análise comparada entre os sistemas, devem ser caracterizados os sistemas em relação ao tipo de modelo universal ou segmentado de financiamento, regulação e o modelo assistencial adotado, ou seja, o tipo de prestação de serviços.

A organização e a configuração do sistema dependem da política ideológica de proteção social na saúde e do papel do Estado em relação aos serviços de saúde.



Lembre-se

GIOVANELLA, Ligia et al. **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. Disponível em: <<https://books.google.com.br/books?id=Is0VBgAAQBAJ&pg=PA92&lpg=PA92&dq=modelos+de++sistemas+de+sa%C3%BAde&source=bl&ots=BPpckltOj7&sig=iYmBkvC1bhY7IBVGf2acZ2f4KDk&hl=pt-BR&sa=X&ved=0CBwQ6AEwADgUahUKEwi9nl2ihKnHAhWCTJAKHa6uAHg#v=onepage&q=modelos%20de%20%20sistemas%20de%20sa%C3%BAde&f=false>>. Acesso em: 13 ago. 2015.

Avançando na prática

Pratique mais

Instrução

Desafiamos você a praticar o que aprendeu, transferindo seus conhecimentos para novas situações que pode encontrar no ambiente de trabalho. Realize as atividades e depois as compare com as de seus colegas.

Caracterizando o Sistema Único de Saúde (SUS) em relação ao modelo adotado

1. Competência de Fundamentos de Área	Conhecer e atuar em atividades planejadas, criando condições de produzir mudanças de comportamento desejadas em relação à saúde.
2. Objetivos de aprendizagem	Criar condições para que o aluno identifique as características do SUS, caracterizando o modelo adotado e relacionando com o financiamento, a regulação e a prestação de serviços.
3. Conteúdos relacionados	Sistema Único de Saúde; Atenção Primária à Saúde; Descentralização e regionalização; Financiamento; Papel do Estado na regulação; Sistema Comparado de Saúde.
4. Descrição da SP	Considerando que o Sistema Único de Saúde oferece cobertura para assistência individual e coletiva, preventiva e curativa, com presença de um subsistema privado com cobertura à população que tem planos de saúde, com financiamento e prestação de serviços públicos e privados, defina o modelo do sistema, caracterizando-o segundo o financiamento, a regulação do Estado e o modelo de assistência.
5. Resolução da SP	Pode-se caracterizar o Sistema Único de Saúde como um modelo universalista, pois segue os princípios da universalidade, garantindo a saúde enquanto direito de cidadania e integralidade, pois oferece assistência individual e coletiva de prevenção, manutenção e recuperação. E também é Beveridgiano, caracterizado por ter um financiamento advindo de impostos, a regulação é feita pelo Estado, com presença de um mix de serviços públicos e privados. Temos um sistema público que depende do serviço privado e de filantrópicos em serviços diagnósticos e hospitalares. Organizado por meio da descentralização e regionalização, tem a Atenção Primária à Saúde como porta de entrada e reorganizadora do sistema, sendo responsável por assegurar a integralidade e longitudinalidade na atenção. Há presença de serviços públicos e seguros privados de saúde, os quais atuam de forma suplementar e duplicada, oferecendo serviços extras (hotelaria, cirurgia estética) e, ao mesmo tempo, serviços aos quais a população tem dificuldade de acesso na rede pública. Esse tipo de seguro privado suplementar duplicado tem sido apontado como responsável por aumentar a desigualdade de acesso, comprometendo a universalidade, integralidade e equidade em outros países com o mesmo sistema, como: Reino Unido, Irlanda, Finlândia, Portugal, Espanha, Itália e Grécia.



Lembre-se

SANTOS, Isabela Soares. Evidência sobre o mix público-privado em países com cobertura duplicada: Agravamento das Iniquidades e da Segmentação em Sistemas Nacionais de Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, n. 6, p. 2743-2752, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000600013>. Acesso em: 13 ago. 2015.



Faça você mesmo

Explique o modelo adotado pelo SUS, caracterizando-o quanto ao financiamento, regulação e modelo assistencial.

Faça valer a pena

1. Considerando os modelos de sistemas adotados entre os países analisados, assinale os países que possuem similaridade com o brasileiro:

- a) () Estados Unidos e Espanha.
- b) () França e Estados Unidos.
- c) () Chile e Estados Unidos.
- d) () Argentina e Estados Unidos.
- e) () Inglaterra e Espanha.

2. Ao considerar o modelo de Atenção à Saúde adotado entre os países, podemos afirmar que os que são orientados pela Atenção Primária à Saúde são:

- a) () Colômbia e Estados Unidos.
- b) () Brasil e Estados Unidos.
- c) () Argentina e Canadá.
- d) () Brasil e Chile.
- e) () Estados Unidos e França.

3. Os países que têm adotado o modelo bismarckiano são aqueles que têm como característica:

- a) () Gestão e financiamento públicos com recursos advindos dos impostos.
- b) () Seguro de participação obrigatória, que dá cobertura aos contribuintes e a sua família, com financiamento obtido de contribuições dos empregados e/ou empregadores.
- c) () Organização de forma segmentada e descentralizada, com pouca ou nenhuma regulação governamental.
- d) () Um modelo de proteção social residual.
- e) () Ser financiado por investimento privado.

Referências

CONNIL, E. M. Sistemas comparados em Saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Org.) **Tratado de saúde coletiva**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

FIGUEIREDO, Elisabeth Niglio de. **Estratégia Saúde da família e núcleo de apoio à Saúde da família**: diretrizes e fundamentos. 2012. Disponível em: <http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_5.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2015.

LIMA, Luciana Dias et al. Descentralização e regionalização: dinâmica e condicionantes da implantação do pacto pela Saúde no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000700030>>. Acesso em: 5 ago. 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Núcleo de apoio à Saúde da família**: ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. (Caderno de Atenção Básica; n. 39). v. 2. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo_apoio_saude_familia_cab39.pdf>. Acesso em: 29 jul. 2015.

NASCIMENTO, D. D. G.; OLIVEIRA, M. A. C. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. **O Mundo da Saúde**, n. 34, v. 1, p. 92-96, 2010. Disponível em: <http://www.saocamillo-sp.br/pdf/mundo_saude/74/12_revisao_reflexoes.pdf>. Acesso em: 26 jul. 2015.

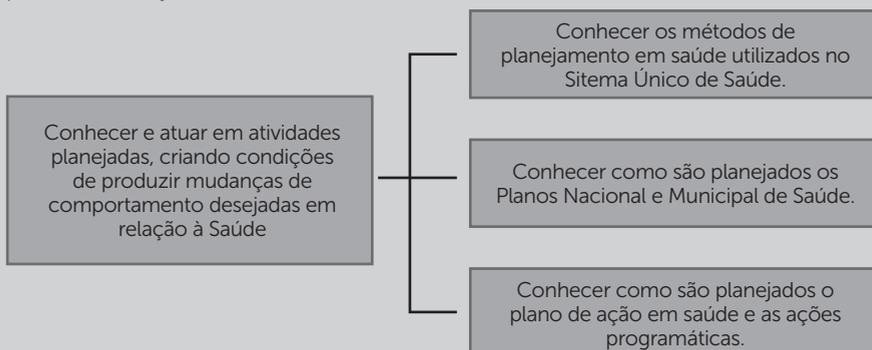
OCKÉ-REIS, CO. **Sistemas comparados de saúde**: uma análise preliminar. Mimeo, 2006. Disponível em: <http://abresbrasil.org.br/sites/default/files/mesa_07_-_carlos_octavio_sistcompsaude.pdf>. Acesso em: 14 ago. 2015.

SORATTO, Jacks et al. Percepções dos profissionais de saúde sobre a Estratégia Saúde da Família: equidade, universalidade, trabalho em equipe e promoção da saúde/prevenção de doenças. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, 2015. Disponível em: <[http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10\(34\)872](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10(34)872)>. Acesso em: 18 jul. 2015.

PLANEJAMENTO DE SAÚDE NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

Convite ao estudo

Nesta unidade serão abordados o planejamento estratégico em saúde, como é estruturada a programação de saúde e como são realizados os planos e as ações em saúde.



Com a Descentralização e Regionalização da Saúde, é adotado o método de planejamento estratégico pelo PlanejaSUS. As situações vivenciadas durante este percurso são fundamentais para a compreensão de como é realizado o planejamento em saúde e de como são elaborados os Planos Nacional e Municipal de Saúde, as ações programáticas e o plano de ação em saúde pelas equipes de Estratégia Saúde da Família em nível local.

Convido você a refletir sobre isto, e peço que fique atento à situação descrita a seguir:

Um grupo de alunos de cursos de Graduação em Saúde está participando

do programa PET-Saúde. Neste programa eles realizam, juntamente com seus tutores, professores da graduação, a vivência na rede de atenção à saúde, pesquisas de temas prioritários do Sistema Único de Saúde e atividades de extensão com a comunidade, conselheiros e gestores.

Em cada seção desta Unidade você vai acompanhar a história destes alunos em uma nova situação-problema e poderá refletir e encontrar respostas por meio de todos os materiais que estão disponíveis para você, ou seja, o livro didático e a webaula.

Então, vamos começar. Bons estudos!

Seção 4.1

Planejamento de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS)

Diálogo aberto

Marina e Vitor, alunos participantes do programa PET-Saúde, estão realizando uma pesquisa sobre Planejamento Estratégico em Saúde e precisam conhecer os métodos utilizados no Planejamento Estratégico do Sistema Único de Saúde (SUS).

Eles procuraram a professora da disciplina de Formação Integral em Saúde para que ela os auxiliasse. A professora pediu que lessem a seção 4.1 do livro didático e da webaula e respondessem às atividades propostas, para que na aula seguinte o tema pudesse ser abordado. Ela pediu ainda que ambos falassem para a turma se preparar, pois seriam discutidos os seguintes assuntos:

- Conceitos do Planejamento Estratégico em Saúde;
- A organização e o funcionamento do Planejamento no SUS;
- Métodos utilizados no Planejamento Estratégico do SUS.

Você está convidado para, ao final desta aula, responder aos questionamentos de Marina e Vitor, que são os seguintes: Quais são os métodos utilizados no Planejamento Estratégico do SUS? Como eles são usados na prática em saúde?

Não pode faltar

Planejamento em Saúde

O planejamento em saúde tem a função de melhorar a performance e aprimorar a produção e a eficácia dos sistemas no desenvolvimento de ações de promoção, recuperação e reabilitação da saúde. É importante destacarmos que o planejamento é um cálculo que sempre deve anteceder a ação e estar presente durante e após a ação. Ele articula a situação presente e futura fundamentado por métodos e teorias.



Assimile

Preste atenção no conceito de planejamento e na importância do Planejamento em Saúde.

O planejamento da saúde pelo Sistema Único de Saúde envolve questões complexas, pois nele interagem população, corporações, gestores, políticos, profissionais e segmentos empresariais, e para tal, o planejamento é de vital importância enquanto mecanismo gestor, pois permite planejar, monitorar e avaliar as ações e os serviços de saúde.

O Sistema de Planejamento PlanejaSUS possui alguns pontos prioritários para o planejamento. São eles: 1. No planejamento devem ser consideradas as necessidades de saúde da população; 2. A articulação e integração dos instrumentos de planejamento, tanto na esfera local, como em todo o SUS; 3. A adoção do processo de planejamento, incluindo o monitoramento e a avaliação, como instrumento estratégico de gestão do SUS; 4. Revisão e adoção de um conjunto de instrumentos de planejamento (planos, relatórios e programações) adotados pelas três esferas de gestão, com ajustes dos instrumentos do SUS; 5. A cooperação entre as três esferas de gestão para o fortalecimento e a equidade do processo de planejamento no SUS.

O planejamento se dá em três níveis, segundo o grau de complexidade do processo de tomada de decisões, o nível hierárquico no sistema em que esse processo ocorre e a amplitude das decisões decorrentes. Os três níveis são: planejamento normativo ou de políticas, planejamento estratégico e planejamento tático-operacional.

O planejamento no sistema de saúde ocorre por meio dos seguintes instrumentos: pactos, agendas e planos nas três esferas de governo. Ele se dá em instituições ou organizações de saúde, microrregiões, unidades básicas, hospitais ou serviços de saúde (programa de hipertensão, imunização etc.) e de ações em saúde. Assim, são formulados planos diretores e planos operativos para microrregiões, organizações, distritos e estabelecimentos de saúde, além de projetos assistenciais nos serviços e práticas de saúde.

Existem diferentes métodos de planejamento. Iremos apresentar a seguir os modelos adotados em saúde:

- **Planejamento Normativo:** seu objetivo é otimizar os ganhos econômicos obtidos com saúde e/ou diminuir os custos da atenção. Apenas um planejador com seus conhecimentos técnicos exerce o planejamento sem considerar a existência de conflitos e a dinamicidade e complexidade social. Este método foi abandonado por ser considerado incompleto e ineficiente, já que negligenciava as realidades sociais e políticas.

- **Planejamento Estratégico:** surgiu na década de 1970 na América Latina, e desta

corrente emergiram diferentes métodos. É o método adotado pelo Sistema Único de Saúde (SUS). O funcionamento do Sistema de Planejamento do SUS tem por base a formulação e/ou revisão periódica dos instrumentos, o Plano de Saúde e suas respectivas Programações Anuais de Saúde e os Relatórios Anuais de Gestão.

Métodos de Planejamento Estratégico em Saúde

1. **O Planejamento Estratégico Situacional - PES** – É um método que surgiu na década de 1990 e vem sendo adaptado e usado na saúde. Este método reconhece a complexidade, a fragmentação e a incerteza que permeiam os processos sociais e a dificuldade que é controlar todas as variáveis envolvidas nas situações. Tem seu foco nos problemas, principalmente nos mais complexos e para os quais não existe solução estabelecida. Embora a problemática possa vir de um setor específico, ela é analisada considerando as dimensões política, econômica, social e cultural, em uma análise multissetorial, pois geralmente suas causas e soluções dependem da articulação intersetorial dos diversos atores envolvidos e de recursos extrasetoriais.



Refleta

Refleta sobre as diferenças entre o Planejamento Normativo e o Planejamento Estratégico.

Autores defendem o uso do método PES nos sistemas de saúde em municípios de médio e grande porte, pois o método possibilita maior complexidade de negociação entre os atores envolvidos (sociedade civil, empresários, políticos, secretários da Saúde e prefeitos de outros municípios).

Conceitos Fundamentais do Planejamento Estratégico:

a) **Estratégia:** – Diante de um problema, na maioria das vezes, existem diversos pontos de vista e interesses que podem gerar conflitos. Em um planejamento estratégico, essa diversidade de interesses não deve ser negligenciada, mas é preciso refletir estrategicamente e encontrar um meio para se atingir os objetivos almejados. As estratégias são divididas em longo prazo (relacionadas ao futuro) e em médio e curto prazo (que são as imediatas e urgentes).

b) **Situação:** – Pode ser interpretada conforme a maneira que os indivíduos ou grupos entendem a realidade, e, portanto, sempre há possibilidade de situações conflituosas. No planejamento estratégico leva-se em consideração a posição dos indivíduos envolvidos, e a partir dessa posição são elaboradas estratégias (diferentemente do método normativo, no qual o planejador elabora ações). Neste método é preciso realizar a análise situacional, ou seja, ter o conhecimento sobre o modo como é produzida determinada situação. Essa explicação é sempre parcial e múltipla, e irá variar segundo quem analisa, para que analisa e de que posição se constrói a análise.

c) **Ator social:** – O PES é desenvolvido por meio de um processo participativo. Isso permite que a população e os diferentes **atores sociais** explicitem o entendimento da situação, o que possibilita a integração de diversos enfoques e perspectivas dos vários setores sociais, além da articulação dos diferentes interesses envolvidos, permitindo a responsabilização compartilhada dos atores pela execução e efetividade do plano de ação.



Vocabulário

Ator social – um conjunto de pessoas ou uma personalidade que, atuando em determinada situação, é capaz de modificá-la.

Território – o local em que se dá o processo de vida da comunidade e a interação de distintos atores sociais com qualificações sociais, econômicas, culturais, políticas, epidemiológicas e históricas distintas.

Microárea de risco – área de menor extensão territorial onde é possível afirmar que a população tem condições de vida homogêneas.

Para o sucesso do planejamento é importante ter clareza de quem são os atores sociais e de como eles percebem e analisam a situação e a capacidade de negociação, resultando em uma coesão de ações entre os diferentes atores.

d) **Problema:** – Uma situação é considerada problemática ou um problema quando o ator a percebe como inaceitável, reconhecendo a necessidade de intervenção para torná-la próxima à situação ideal. É importante lembrar que uma situação pode ser interpretada por alguns como problemática, mas pode ser vista por outros como uma oportunidade. Os problemas são classificados como: estruturados (aqueles cujas soluções são claras e que são fáceis de resolver), quase estruturados (aqueles que envolvem diferentes atores, com posições contrárias ou com diferentes pontos de vista dificultando o consenso, ou ainda, aqueles que têm resolução técnica, mas esbarram em questões sociais e políticas; o problema pode também possuir variáveis que são difíceis de controlar, pois dependem da resolução de outros problemas, ou seja, são problemas que envolvem atitude reflexiva e de negociação multissetorial), e mal estruturados (aqueles que envolvem múltiplas variáveis, sendo que muitas não são detectadas, necessitando de modelos probabilísticos e de criatividade em sua resolução). Podem ainda ser identificados como intermediários (aqueles vivenciados no dia a dia do serviço e que interferem em sua qualidade) ou finais (aqueles vividos pela população, pelos usuários), e como problemas atuais (experimentados hoje) e potenciais (aqueles que possivelmente surgirão). O planejamento deve ser realizado com problemas quase estruturados, dos intermediários aos finais.



Exemplificando

Exemplo de problemas finais: fila de espera para exames diagnósticos na Unidades Básicas de Saúde.

Exemplo de problemas intermediários: dificuldade na regulação de vagas.

Exemplo de problemas quase estruturados: problemas que envolvem situações como saneamento básico, falta de água, violência, transporte, educação, emprego e moradia.

Para o planejamento e gerenciamento de um sistema de saúde se faz necessário obter informações que orientem quanto às necessidades de saúde da população, as prioridades, os serviços existentes e a capacidade de atendimento.

Essas informações devem demonstrar as diferentes características a respeito das condições de vida da população que está sendo analisada (culturais, sociais, econômicas e epidemiológicas) e que irá demandar cuidados em saúde.

Diagnóstico da Situação de Saúde - A Estimativa Rápida Participativa (ERP) é um método que apoia o planejamento participativo no sentido de contribuir para a identificação das necessidades de saúde de diferentes grupos, com o apoio da população em conjunto com os administradores de saúde. Esse método de análise reúne algumas vantagens, tais como simplicidade, baixo custo, rapidez e informações específicas de populações definidas, e se fundamenta em três princípios:

- Coletar dados pertinentes e necessários.
- Buscar informações que indiquem as condições locais e as situações específicas.
- Incluir a comunidade na identificação de seus problemas e em suas resoluções. Seu objetivo é envolver a população na identificação de suas necessidades e problemas, além do envolvimento dos atores sociais (autoridades municipais, organizações governamentais e não governamentais, que controlam recursos para o enfrentamento dos problemas).

Este método diagnóstico permite determinar os problemas que afetam a população e seus determinantes sociais, econômicos e ambientais. Com as informações coletadas é possível traçar um mapa do território, o que permite delimitá-lo em áreas menores denominadas "microáreas de risco", e realizar uma análise da distribuição espacial, apontando as áreas que possuem maior prioridade, orientando o planejamento das ações de saúde segundo a especificidade de cada microárea e potencializando os resultados.

A Estimativa Rápida Participativa trabalha, basicamente, com as seguintes fontes de dados: registros escritos (tanto de fontes primárias quanto secundárias) entrevistas

com informantes-chave e observação de campo.

O sucesso da pesquisa depende do planejamento cuidadoso de todas as etapas. Em posse dos dados categorizados, é estabelecido o plano de ação.

2. **Método Altadir de Planificação Popular (MAPP)** – Fundamentado nos mesmos princípios do PES e, pelas suas características operativas, é o método de eleição para o planejamento no nível local, particularmente naqueles territórios altamente descentralizados. É simples e formulado com o objetivo de viabilizar a elaboração de planos com o apoio da população. Favorece o comprometimento da comunidade e de suas lideranças com análise e enfrentamento de seus problemas. Porém, deve ser encarado como um método limitado à natureza e complexidade dos problemas. É recomendado como instrumento para a elaboração do planejamento de sistemas municipais de cidades de pequeno porte e em situações de menor complexidade, como em Unidades Básicas de Saúde.

O processo de planejamento é desenvolvido em oficinas de trabalho, com a participação ativa de funcionários da unidade, membros da comunidade, lideranças e monitores da Secretaria da Saúde.

3. **Método de Planejamento de Projeto por Objetivos (ZOOP)** - Método criado na Alemanha, na década de 1980, que adota o modelo participativo, incluindo todas as pessoas e organizações envolvidas no projeto em todas as etapas, do planejamento até a tomada de decisão, e cria indicadores para o monitoramento do projeto e de sua implementação. É composto por duas fases: fase diagnóstica (análise de situação, em que são analisados os atores envolvidos, os problemas, os objetivos e as estratégias possíveis) e fase de planejamento (por meio de consenso, é selecionada a estratégia viável a ser adotada, com responsabilização e envolvimento de todos os atores, para posteriormente, em oficinas com grupos participativos, ser elaborado o plano de ação). Em relação à utilização dos métodos de planejamento estratégico em saúde, autores recomendam que se combinem métodos distintos, conforme o nível de hierarquia e de complexidade dos problemas.



Pesquise mais

ARTMANN, Elizabeth. O planejamento estratégico situacional no nível local: um instrumento a favor da visão multissetorial. **Cadernos da Oficina Social**, v. 3, p. 98-119, 2000. Disponível em: <<http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/sites/default/files/arquivos/O%20Planejamento%20Estrat%C3%A9gico%20Situacional%20no%20n%C3%ADvel%20local%20um%20instrumento%20a%20favor%20da%20vis%C3%A3o%20multissetorial.pdf>>. Acesso em: 25 ago. 2015.

CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso de; FARIA, Horácio Pereira de;

SANTOS, Max André dos. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2010. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0273.pdf>>. Acesso em: 25 ago. 2015.



Faça você mesmo

Faça uma síntese dos diferentes métodos de planejamento estratégico.

Sem medo de errar



Atenção!

Leia atentamente todo o conteúdo sobre o Planejamento em Saúde e os métodos de Planejamento Estratégico.

No Sistema de Planejamento do Sistema Único de Saúde a atuação é contínua, articulada e integrada nas áreas de planejamento das três esferas de gestão do SUS. Nesse sentido, faz-se uso de um planejamento participativo, que mobiliza vontades e recursos para que as propostas se concretizem e os objetivos sejam alcançados.

Para o planejamento é utilizado o método de Planejamento Estratégico em Saúde, pois o planejamento não é apenas a elaboração de planos, programas ou projetos (esta é apenas uma etapa do processo de planejamento). Para a concretização dos planos e das programações, quanto maior é a participação e responsabilização das pessoas, menores são as resistências e, além disso, aumenta-se a chance de modificações nas situações problemáticas e de alcançar melhores resultados.

O Planejamento Estratégico Situacional é um processo dividido em quatro momentos: explicativo, normativo, estratégico e tático-operacional. No momento explicativo são identificados e explicados os problemas e são observadas as oportunidades para a ação, respondendo às perguntas “quais são os problemas” e “quais são as causas”. No momento normativo definem-se os objetivos, as metas, as atividades e os recursos necessários, correspondendo a “o que deve ser feito”. No momento estratégico são estabelecidas as estratégias, de modo que é determinado o “como fazer” para superar as dificuldades e em que momento (em curto, médio ou longo prazo). Por fim, o momento tático-operacional se caracteriza pelo “fazer”, e se refere a pôr em ação os planos e as programações. Neste momento são realizados ajustes, com monitoramento e avaliação. Como as organizações e ações em saúde são dinâmicas, a ordem desses momentos pode ser alterada.

Existem três métodos de Planejamento Estratégico: Planejamento Estratégico Situacional (PES), Método Altadir de Planificação Popular (MAPP) e Método de Planejamento de Projeto por Objetivos (ZOOP).

Segundo alguns autores, o PES é um método de alta complexidade e potência, ideal para o nível diretivo de instituições de grande porte e municípios de grande e médio porte. O ZOOP é um método de complexidade intermediária, com limitações para fazer análise estratégica e abordar determinados problemas que definem uma situação global (macroproblemas). É adequado para trabalhar em nível operacional específico, e sofreu algumas modificações em relação ao original alemão para integrar o sistema PES. O MAPP, por sua vez, é um bom método a ser operacionalizado no nível popular (como em associações de moradores e instituições de pequeno porte) ou no nível local, como instrumento para a elaboração do planejamento de Unidades Básicas de Saúde.



Lembre-se

PAIM, Jairnilson Silva. Planejamento em saúde para não especialistas. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Orgs.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 767-782. Disponível em: <http://twileshare.com/uploads/PLANEJAMENTO_EM_SAUDE_PARA_NAO_ESPECIALISTA.pdf>. Acesso em: 25 ago. 2015.



Lembre-se

SOUZA, Antonia Egidia de; POLIDORO, André Alexey. Planejamento Estratégico em uma Unidade de Saúde: relato de experiência. **Revista Brasileira de Tecnologias Sociais**, v. 1, n. 2, p. 35-42, 2015. Disponível em: <<http://www6.univali.br/seer/index.php/rbts/issue/view/325>>. Acesso em: 25 ago. 2015.

Avançando na prática

Pratique mais

Instrução

Desafiamos você a praticar o que aprendeu transferindo seus conhecimentos para novas situações que pode encontrar no ambiente de trabalho. Realize as atividades e depois compare-as com as de seus colegas.

Planejamento Estratégico em uma Unidade Básica de Saúde (UBS)	
1. Competências de Fundamentos de Área	Conhecer e atuar em atividades planejadas, criando condições de produzir mudanças de comportamento desejadas em relação à saúde.
2. Objetivos de aprendizagem	Criar condições para que os alunos entendam o processo de planejamento usado em Unidades Básicas de Saúde na programação de ações junto às equipes, à comunidade, ao conselheiro e ao gestor local.
3. Conteúdos relacionados	<ul style="list-style-type: none"> - Participação social. - Planejamento Estratégico em Saúde. - Métodos de Planejamento Estratégico.
4. Descrição da SP	Uma Unidade Básica de Saúde tem grande parte de seus usuários sendo atendidos em Unidades de Pronto-Atendimento por questões que poderiam ser resolvidas na Unidade Básica. Para compreender o problema e buscar resolutividade, o gestor adota o Planejamento Estratégico Situacional. Descreva como a equipe deve atuar.
5. Resolução da SP	<p>Diante da problemática apresentada, devem ser realizadas reuniões e rodas de conversa, com a participação ativa da equipe de saúde, de funcionários da unidade e da comunidade, de modo que os presentes possam refletir sobre a problemática e identificar possíveis causas e explicações.</p> <p>Deve ser realizado o diagnóstico situacional por meio da coleta de dados e informações e da realização de entrevistas. Para tal, os participantes devem formular um roteiro de questões, selecionar pessoas-chave para serem entrevistadas (moradores antigos, líderes comunitários, comerciantes e responsáveis por organizações não governamentais que realizam atividades no território) e realizar uma observação em campo do território e das microrregiões, com o objetivo de identificar dificuldades no acesso e outras questões que possam influenciar na problemática.</p> <p>Para não comprometer o serviço nem utilizar muito tempo, os participantes podem se organizar em grupos e se responsabilizar pela realização das diferentes tarefas.</p> <p>Eles devem também estabelecer quando será realizada uma nova reunião, na qual serão analisadas as situações identificadas, suas causas ou dificuldades, também denominadas nós críticos.</p> <p>Identificadas as necessidades da comunidade e do território, deverão ser estabelecidas as metas, os objetivos, as atividades e os recursos necessários.</p> <p>Encontradas as possíveis causas do problema, estas deverão ser discutidas coletivamente juntamente com as estratégias, para a definição de quais ações, como e quando serão adotadas (em curto, médio e longo prazo).</p> <p>Posteriormente, em um futuro encontro, os participantes deverão elaborar um plano de ação para a Unidade Básica de Saúde, visando planejar melhor as ações e práticas de saúde para aproximar os usuários e a comunidade do serviço e melhorar a resolutividade das ações e do serviço.</p>

**Faça você mesmo**

Faça uma síntese das tarefas realizadas na Unidade Básica, identificando os quatro momentos do Planejamento Estratégico Situacional.

Faça valer a pena

- 1.** O Planejamento Estratégico se difere do Normativo, pois este último:
 - a) () Considera a existência de conflitos e a utilização do saber técnico.
 - b) () Faz o planejamento com foco em problemas complexos.
 - c) () Considera a existência de conflitos e a necessidade de coesão entre os atores.
 - d) () Considera a existência de conflitos e o saber técnico e popular.
 - e) () Considera o planejamento para otimizar os lucros e reduzir os custos com a saúde.

- 2.** O método tem foco nos problemas mais complexos, que são analisados considerando as dimensões política, econômica, social e cultural, em uma análise multissetorial. Este método é o:
 - a) () Estimativa Rápida (ERP).
 - b) () Normativo ou tradicional.
 - c) () Planejamento Estratégico Situacional (PES).
 - d) () Método Altadir de Planificação Popular (MAPP).
 - e) () Planejamento de Projetos por Objetivos (ZOOB).

- 3.** O método de Planejamento Estratégico Situacional (PES) classifica os problemas em:
 - a) () Estruturados, quando as variáveis envolvidas não são conhecidas e não há soluções estabelecidas.
 - b) () Mal estruturados, pois envolvem múltiplas variáveis, sendo que muitas não são detectadas, de modo que são necessários modelos probabilísticos e criatividade na resolução do problemas.
 - c) () Intermediários, vivenciados pelos usuários e pela comunidade.

- d) () Potenciais, presentes na atualidade.
- e) () Quase estruturados, com poucas variáveis envolvidas e múltiplos atores, e sem a existência de conflito.

Seção 4.2

Utilização do planejamento na programação de Saúde

Diálogo aberto

Fabiana e Luciana, participantes do programa PET-Saúde, estão realizando uma atividade de extensão e pesquisa sobre o Planejamento em Saúde e participarão de um Fórum sobre os Instrumentos do Planejamento no SUS. Elas terão que apresentar para seus preceptores como são formulados o Plano de Saúde, a Programação Anual de Saúde e o Relatório Anual de Gestão.

Elas procuraram a docente da disciplina de Formação Integral em Saúde para que ela as auxiliasse na pesquisa. A professora as orientou a ler a webaula da seção 4.2 e pediu que estudassem, pois na aula seguinte elas seriam responsáveis por coordenar a plenária com a turma sobre o tema. Assim, a professora aproveitou o final da aula e recomendou à turma que pesquisasse sobre:

- Diferenças entre Plano e Planejamento;
- Conceito e formulação do Plano de Saúde;
- Conceito e formulação da Programação Anual de Saúde e do Relatório Anual de Gestão;
- Implementação do processo de monitoramento e avaliação.

Você, assim como Fabiana e Luciana, participará de um fórum sobre o tema. Por isso, todos terão que conhecer a definição, os objetivos e como são formulados os Planos de Saúde, a Programação Anual de Saúde e o Relatório Anual de Gestão para participar das discussões.

Ao término das discussões, será preciso responder às seguintes questões: O Plano de Saúde, a Programação Anual de Saúde e o Relatório Anual de Gestão são interdependentes? Qual é a relação existente entre eles?

Não pode faltar

O Planejamento é uma metodologia empregada na gestão que tem a finalidade de promover mudanças e aperfeiçoar o desempenho dos sistemas de saúde. Desta forma, planejar é definir prioridades e reunir recursos e esforços em favor de objetivos coletivamente estabelecidos.

O planejamento é um processo que depende essencialmente de conhecer detalhadamente a situação atual de um sistema e definir em qual resultado se pretende chegar. Portanto, é diferente do plano, que é um dos resultados de um processo de análises e acordos, pois ele documenta e manifesta as conclusões dos acordos, apontando os objetivos gerais ou estratégicos e como desejamos fazer para alcançar as metas traçadas, ou seja, ele indica quais são as estratégias e os objetivos específicos.

O planejamento é permanente, mas o plano, por ser resultante de um processo dinâmico, deve ser frequentemente revisado, ajustado e atualizado.

Dentre os instrumentos de planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS) encontram-se o Plano de Saúde (PS), a Programação Anual de Saúde (PAS) e o Relatório Anual de Gestão (RAG). Estes são construídos de forma interligada justamente para possibilitar uma atuação sistemática e integrada do sistema.

Plano de Saúde (PS)

O sistema de planejamento do SUS, o PlanejaSUS, define o Plano de Saúde (PS) como uma parte do planejamento que se inicia com a análise da situação e das condições de saúde para posteriormente elaborar as finalidades e os resultados a serem alcançados em quatro anos, expressando os objetivos, as diretrizes e as metas. Este sistema deve manifestar as políticas e os compromissos da saúde em uma das esferas de gestão, servindo de base para a execução, o monitoramento, a avaliação e a gestão do sistema de saúde.



Assimile

Assimile a conceituação do Plano de Saúde e sua importância no Planejamento da Saúde.

Para a formulação do Plano de Saúde (PS) é preciso primeiramente realizar a análise da situação da saúde, para posteriormente elaborar os objetivos, as metas e as diretrizes.

Na análise situacional é realizada a identificação e seleção dos problemas prioritários

em uma determinada realidade. A finalidade desta análise é possibilitar o conhecimento dos problemas e guiar a formulação das medidas a serem utilizadas.

Na identificação dos problemas são consideradas as condições de saúde da população, os determinantes e condicionantes de saúde e a gestão em saúde. Para colher informações das condições de saúde da população são usadas: fontes de dados do IBGE e do índice Desenvolvimento Humano no Brasil; o Sistema de Informações Ambulatoriais e Hospitalares, de Mortalidade, de Agravos de Notificação, de Atenção Básica e sobre Nascidos Vivos; a Rede Interagencial de Informação para a Saúde; e a Sala de Situação do Ministério da Saúde.

Devem ser incluídos os dados demográficos, socioeconômicos e epidemiológicos, além de dados da Vigilância Sanitária e dos diferentes níveis de Assistência (básica, ambulatorial especializada, de urgência e emergência e farmacêutica).

No reconhecimento dos determinantes e condicionantes de saúde deverão ser examinadas as medidas intersetoriais que determinam e/ou condicionam a situação de saúde, desenvolvidas nas respectivas esferas de governo (exemplo: no meio ambiente/saneamento ou na educação, por meio da formação de profissionais para o setor da saúde).

Na análise da Gestão em Saúde devem ser considerados:

- Planejamento: é preciso avaliar a estrutura, como se organiza e como é operacionalizado o processo de planejamento, assim como sua articulação junto ao centro decisório.
- Descentralização/regionalização: investigar a colaboração entre os níveis de governo, o comando de ações para a promoção da equidade, a execução das atividades do Comitê de Intergestores e participação no Colegiado de Gestão Regional, o Termo de Compromisso de Gestão e o arranjo das redes regionais de atenção à saúde.
- Financiamento: examinar as transmissões de recursos entre os níveis de gestão, a despesa pública total, o monitoramento orçamentário e financeiro das contas em que são efetuados os repasses financeiros entre as esferas de gestão e as regras que condicionam e regulam o financiamento.
- Controle social: analisar a integração e negociação entre os gestores e os Conselhos de Saúde, as decisões e determinações dos Conselhos e das Conferências de Saúde e a participação dos Conselhos de Saúde e de movimentos sociais.
- Gestão do trabalho: verificar como estão compostas as equipes de saúde, as formas de contratação, os cargos e os níveis salariais, além de acompanhar e investigar a existência de problemas.

- Educação em saúde: investigar os métodos e técnicas adotadas na educação em saúde, verificando os mecanismos de cooperação técnica entre as organizações educacionais, os serviços e a participação popular.
- Infraestrutura: verificar os equipamentos, a logística, as estruturas físicas e a necessidade de projetos de investimento.
- Informação em saúde: localizar as fontes de dados existentes, examinando a qualidade e a utilização das informações que são usadas nas tomadas de decisões.

Após ter sido finalizada a análise da situação da saúde, é o momento de realizar a elaboração dos objetivos, diretrizes e metas do Plano de Saúde. Cabe lembrar que os objetivos exprimem o que se deseja realizar para enfrentar, diminuir, excluir ou controlar os problemas identificados. As diretrizes indicam objetivamente o direcionamento das ações a serem seguidas e têm a finalidade de expressar a estratégia geral e as prioridades do Plano de Saúde, considerando as estratégias como a forma adotada para se alcançar a diretriz e entendendo as prioridades como as medidas de caráter essencial a serem realizadas. Para a definição de metas no Plano de Saúde, é preciso considerar que elas serão executadas em quatro anos, que é o tempo para concretizar as medidas adotadas na gestão do Sistema de Saúde. Tais medidas deverão ser monitoradas e seus resultados computados, com o uso de indicadores ou fontes de dados ou estudos, devendo ser esclarecida a metodologia de sua realização.

O Plano de Saúde deverá ser elaborado no primeiro ano de gestão. No caso do Plano Estadual de Saúde, juntamente com este deverão ser formulados o Plano Diretor de Regionalização (PDR), o Termo de Compromisso de Gestão (TCG) e seus anexos. Todos terão vigência de quatro anos.

Desta forma, a operacionalização desses instrumentos inicia-se no segundo ano da gestão em curso, prosseguindo até o primeiro ano da administração subsequente.



Exemplificando

O Plano Nacional de Saúde, por exemplo, deve ser a caracterização das políticas, dos compromissos e das prioridades da União para a saúde, sendo a base para a execução, o acompanhamento, a avaliação e a gestão do Sistema Único de Saúde.

O processo de construção do Plano Nacional de Saúde referente ao período de 2012-2015, na esfera federal, teve início em fevereiro de 2011, quando foram aprovados, pelo Colegiado de Gestão do Ministério da Saúde, o cronograma e as etapas de sua produção, que foi elaborada em dois momentos: em um primeiro momento, foi realizada a análise da situação da saúde no país, do acesso às ações e serviços e das questões

estratégicas para a gestão do SUS; e, em um segundo momento, foi feita a definição de objetivos, diretrizes e metas, de forma a proporcionar melhores condições de saúde, diminuição das desigualdades e promoção da qualidade de vida dos brasileiros.

O gestor deverá comunicar a elaboração do PS, seja através de uma portaria, seja por intermédio de outro documento próprio de sua esfera de gestão. Poderá ainda apresentar sua proposta de formulação ao respectivo Conselho de Saúde, que deverá seguir o processo básico com as adaptações necessárias, segundo a avaliação que o gestor propôs.

Os responsáveis pelo planejamento da respectiva esfera de gestão devem examinar alguns elementos essenciais, como o Plano Plurianual (PPA) (plano de governo que organiza as demandas da sociedade nas áreas de saúde, justiça, trabalho e renda, agricultura, entre outras), os relatórios das Conferências de Saúde, os relatórios de avaliação do Plano vigente, os relatórios anteriores disponíveis e o Termo de Compromisso de Gestão. Posteriormente à referida análise e elaboração da estrutura básica do Plano, este deverá ser avaliado pela área técnica, que irá verificar a necessidade de correções, ampliações e aperfeiçoamentos.

Cabe à equipe de planejamento promover a participação social na elaboração do Plano, por meio de reuniões com o Conselho de Saúde e eventos com representantes de segmentos sociais, além da presença de outros setores que influenciam na situação da saúde, para a discussão da proposta inicial. As propostas resultantes destes encontros deverão ser examinadas e incluídas na versão que será apreciada e aprovada pelas áreas técnicas e por seu respectivo gestor. Após a aprovação do gestor, o Plano de Saúde deverá ser submetido formalmente ao Conselho de Saúde (CS) e ser publicado em ato formal do gestor, passando a ser o instrumento que orientará a gestão e a construção dos demais instrumentos.

Programação Anual de Saúde (PAS)

A intenção da Programação Anual de Saúde (PAS) é definir as ações que irão possibilitar a materialização dos objetivos estabelecidos no Plano de Saúde. Desta forma, a Programação pode ser considerada como um produto do processo de definição, negociação e formalização dos pactos entre os gestores.

A PAS tem como objetivos: promover a integração do processo geral de planejamento entre as esferas de governo de forma ascendente, ou seja, esferas Municipal, Estadual e União, de modo coerente com os respectivos planos de saúde e no ano correspondente; fortalecer a ação de coordenação do gestor na política de saúde; possibilitar o gerenciamento da regulação, do controle e da avaliação do sistema de saúde; estabelecer a alocação dos recursos do SUS para o financiamento

do sistema; estimular ações que visem integrar os sistemas municipais de saúde; esclarecer o pacto de gestão e o comando único em cada nível de governo; apoiar o sistema de avaliação dos resultados e o controle das ações e serviços de saúde.

Esta programação deverá conter as ações que irão assegurar a efetivação dos objetivos e o cumprimento das metas no respectivo ano, a determinação das metas anuais e a delimitação dos meios orçamentários necessários para a execução da Programação.

As ações são as medidas que serão executadas para se alcançar os objetivos e as metas propostas no Plano de Saúde. Vamos exemplificar: a fim de efetivar o Programa de Saúde da Família, é preciso adotar ações, como contratar profissionais para compor as equipes de Saúde da Família e oferecer cursos para essas equipes.

As metas anuais da Programação expressam quantitativamente as ações que foram determinadas, e para isso devem ser consideradas as metas estabelecidas no Plano de Saúde. Exemplificando as ações apresentadas anteriormente, as metas anuais da Programação devem determinar a quantidade de profissionais a serem contratados (médicos, enfermeiros, agentes comunitários) e definir a quantidade de cursos a serem oferecidos para as equipes de saúde de família.

A construção da programação deve ser realizada antes do ano de sua vigência para haver harmonia entre todas as peças orçamentárias, uma vez que as programações devem estar em conformidade com as leis orçamentárias referentes aos recursos que as financiarão.



Pesquise mais

Agora você poderá pesquisar mais sobre o assunto por meio dos links a seguir:

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Planejamento do SUS**. Uma construção coletiva. Instrumentos básicos. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. v. 2. Disponível em: <<http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/sus-19728>>. Acesso em: 31 ago. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Planejamento do SUS**. Uma construção coletiva. Monitoramento e avaliação: processo de formulação, conteúdo e uso dos instrumentos do PlanejaSUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. v. 8. Disponível em: <http://mutiraodocoracao.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/documentos-de-planejamento-em-saude/elaboracao-do-plano-estadual-de-saude-2010-2015/cadernos-planejasus/sistema_planejamento_sus_volume_oito.pdf>. Acesso em: 31 ago. 2015.

Relatório Anual de Gestão

O Relatório Anual de Gestão (RAG) é também um instrumento usado em ações de auditoria e controle. Ele deve ser construído em conformidade com a Programação e apontar, caso seja preciso, os ajustes necessários no PS.

O RAG deverá conter o resultado das ações e das metas presentes na programação anual, a análise da programação em relação à estrutura física e orçamentária/financeira, bem como as recomendações a respeito da necessidade de rever indicadores e ajustes na programação, quando necessário. Desta forma, além de apresentar a efetividade das ações e o grau de cumprimento das metas da Programação Anual de Saúde, este relatório é utilizado para fazer ajustes no Plano de Saúde e propor um direcionamento para a programação do ano seguinte.

O Relatório deverá ser apreciado e aprovado pelo respectivo Conselho de Saúde até o final do primeiro trimestre do ano subsequente.



Refleta

Refleta sobre a importância da integração dos instrumentos: Plano de Ação, Programação Anual de Saúde e Relatório Anual de Gestão.

Implementação do processo de monitoramento e avaliação

Para coordenar e conduzir o processo pode ser instituída uma comissão interna e permanente, liderada pelo setor de planejamento, ou, quando não houver, o gestor deverá atribuir esta responsabilidade a um setor, a uma pessoa ou a uma comissão, que neste caso deverá ser formalizada pelo gestor por meio de uma portaria.

Podem ser estabelecidos alguns momentos ou períodos para a realização do monitoramento e avaliação da Programação Anual, do Relatório Anual de Gestão e do Plano de Saúde.

O monitoramento e avaliação propostos têm como perspectiva envolver todos os que participaram da formulação dos instrumentos e que lidam com eles em seu cotidiano. O PS, a PAS e a RAG devem ser ferramentas de trabalho para todos os setores referentes à esfera de gestão. Mas, por questões operacionais e logísticas, será possível envolver também um setor ou vários setores da respectiva esfera de gestão, um grupo de representantes ou todos os envolvidos no processo e atores de outras esferas de gestão do SUS envolvidos com os processos.



Faça você mesmo

Faça uma síntese das etapas para a formulação do Plano de Saúde, da Programação Anual de Saúde e do Relatório Anual de Gestão.



Atenção!

Atenção aos conteúdos e à formulação dos instrumentos básicos do Planejamento do Sistema Único de Saúde (Plano de Saúde, Programação Anual de Saúde e Relatório Anual de Gestão).

Sem medo de errar

O Plano de Saúde (PS), a Programação Anual de Saúde (PAS) e o Relatório Anual de Gestão (RAG) são instrumentos básicos do planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS). Eles servem para auxiliar e coordenar o processo de planejamento do sistema de saúde, ou seja, atuam na execução, no monitoramento, na avaliação e na gestão do sistema de saúde.

O Plano de Saúde expressa as políticas, os compromissos e as prioridades de saúde no Município, no Estado e na União. Este documento declara as intenções, os objetivos, as diretrizes e as metas a serem alcançadas no período de quatro anos em cada esfera de governo.

A Programação Anual de Saúde (PAS) tem a finalidade de determinar um conjunto de ações que possibilite a realização dos objetivos estabelecidos no Plano de Saúde, a partir da negociação e formalização de pactos entre os gestores das três esferas de governo. Nesta programação devem estar incluídas as ações que deverão ser adotadas no ano (para que sejam atingidos os objetivos e as metas traçadas no Plano de Saúde), os indicadores que serão utilizados no monitoramento da execução da programação, quais são os responsáveis e os parceiros na execução das ações, bem como os recursos orçamentários, ou seja, o recurso financeiro necessário para executar a programação.

Já o Relatório Anual de Gestão – RAG apresenta o desempenho na execução das ações. Demonstrando o resultado no cumprimento das metas da Programação Anual, o RAG aponta a necessidade de adequação do Plano de Saúde e, por meio de recomendações, dá direcionalidade à programação do ano seguinte.

Como pôde ser visto, há uma interdependência entre os instrumentos. Por exemplo, a programação é elaborada tendo como base os objetivos e metas do Plano

de Saúde; já o Relatório Anual de Gestão é um instrumento que monitora e avalia o desempenho das ações programadas, além de servir de base para ajustes no Plano de Saúde e na Programação do ano consecutivo.

É importante ressaltar que esta interligação entre os instrumentos se faz necessária para possibilitar a gestão integrada em cada esfera do governo e, ao mesmo tempo, do sistema de saúde como um todo.



Lembre-se

Você poderá aprofundar seu conhecimento sobre os instrumentos de planejamento com a leitura do artigo a seguir:

BERRETTA, Isabel Quint; DE LACERDA, Josimari Telino; CALVO, Maria Cristina Marino. Modelo de avaliação da gestão municipal para o planejamento em saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 27, n. 11, p. 2143-2154, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011001100008>. Acesso em: 01 set. 2015.



Lembre-se

Você poderá entender melhor a importância dos indicadores no Planejamento da Saúde:

REMOR, Lourdes de Costa et al. Indicadores de saúde como apoio à gestão do Sistema Único de Saúde. **Revista Científica Internacional**, v. 3, n. 15, p. 157-175, 2010. Disponível em: <<http://repositorio.furg.br/handle/1/697>>. Acesso em: 2 set. 2015.

Avançando na prática

Pratique mais

Instrução

Desafiamos você a praticar o que aprendeu transferindo seus conhecimentos para novas situações que pode encontrar no ambiente de trabalho. Realize as atividades e depois compare-as com as de seus colegas.

Elaborando a Programação Anual de Saúde do Município	
1. Competências de Fundamentos de Área	Conhecer e atuar em atividades planejadas, criando condições de produzir mudanças de comportamento desejadas em relação à saúde.
2. Objetivos de aprendizagem	Criar condições para que os alunos entendam o processo de elaboração da Programação Anual de Saúde.
3. Conteúdos relacionados	Instrumentos de planejamento do PlanejaSUS. Plano de Saúde: Conceitos e Formulação. Programação Anual de Saúde: Conceitos e Formulação.
4. Descrição da SP	Uma comissão de planejamento de determinado município deverá elaborar a Programação Anual de Saúde. Assim, quais conteúdos e informações devem ser especificados na Programação Anual de Saúde (PAS)?
5. Resolução da SP	Devem ser definidas as ações que, no ano vigente, garantirão o alcance dos objetivos e o cumprimento das metas do Plano de Saúde; o estabelecimento de metas anuais referentes a cada uma das ações definidas; a identificação dos indicadores que serão utilizados para o monitoramento da execução da programação; a definição de quem serão os responsáveis e parceiros e a explicitação dos recursos orçamentários necessários ao cumprimento da programação.



Faça você mesmo

Faça uma síntese dos conteúdos e objetivos da Programação Anual de Saúde.

Faça valer a pena

1. O instrumento é utilizado para a ação de auditoria e controle, e deve ser submetido à apreciação e aprovação do respectivo Conselho de Saúde até o final do primeiro trimestre do ano subsequente. Estamos nos referindo ao:

- a) () Plano de Saúde.
- b) () Programação Anual de Saúde.
- c) () Relatório Anual de Gestão.
- d) () Plano Municipal de Saúde.
- e) () Plano Nacional de Saúde.

2. Para a definição de metas deve ser considerado o período de quatro anos, uma vez que é este o tempo para concretizar as medidas adotadas

que se referem à situação de saúde da população e à gestão do Sistema de Saúde. Tais medidas estão presentes em:

- a) () Análise Situacional.
- b) () Programação Anual de Saúde.
- c) () Relatório Anual de Gestão.
- d) () Plano de Saúde.
- e) () Relatório Anual de Saúde.

3. Verificar a composição da equipe de saúde, os tipos de vínculos e os planos de cargos e salários, além de identificar seus principais problemas. Este item compõe:

- a) () A análise da educação em Saúde, para a elaboração do Plano de Saúde.
- b) () A análise da gestão do trabalho, para a elaboração do Plano de Saúde.
- c) () A análise da participação social, para a elaboração do Relatório Anual de Gestão.
- d) () A análise da infraestrutura, para a elaboração do Plano de Saúde.
- e) () A análise da Informação em Saúde.

Seção 4.3

Planos Nacional e Municipal de Saúde

Diálogo aberto

Denise e Eduardo, alunos de cursos de Graduação em Saúde, participam do programa PET-Saúde e são responsáveis por apresentar no Seminário de Planejamento em Saúde o tema: Planos Nacional e Municipal de Saúde. Ao pesquisarem sobre o assunto, eles tiveram dúvidas sobre a relação do Plano Plurianual e das Leis Orçamentárias com a elaboração de seus respectivos planos. Por isso, levaram o questionamento até a docente da disciplina de Formação Integral em Saúde.

As dúvidas a respeito do Plano Plurianual e das Leis Orçamentárias se baseiam na dificuldade em compreender qual é a relação de ambos com a elaboração dos planos Nacional e Municipal de Saúde, e essa foi a pergunta que Denise e Eduardo fizeram para a docente da disciplina de Formação Integral em Saúde.

A professora os orientou a ler os materiais da seção 4.3 da webaula e do livro didático e pediu que fizessem as atividades propostas, pois seriam discutidos em aula os seguintes assuntos:

- Importância dos Planos Nacional e Municipal de Saúde;
- O conceito do Plano Plurianual de Saúde;
- O conceito das Leis de Diretrizes Orçamentárias e da Lei Orçamentária Anual.

A professora falou ainda que, na aula seguinte, seria feito um debate sobre o assunto, de modo que, no final da aula, você e os alunos terão de responder à seguinte questão:

Qual é a relação do Plano Plurianual, das Leis de Diretrizes Orçamentárias e da Lei Orçamentária Anual com a elaboração dos Planos Nacional e Municipal da Saúde?

Não pode faltar

Plano Nacional de Saúde (PNS)

O PNS é um instrumento básico do Pacto pela Saúde no Brasil e é fundamental no processo de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), pois serve de referência a todo o sistema de saúde brasileiro. O PNS deve ser o resultado da análise crítica das condições de saúde da população, das necessidades em saúde e da existência de recursos sociais e de serviços de saúde disponíveis para atender as necessidades identificadas. Para sua elaboração devem ser investigados os principais determinantes de saúde e as intervenções necessárias, seja na promoção de saúde, na prevenção, no diagnóstico, no tratamento ou na reabilitação.

O Plano é estruturado em duas partes. A primeira faz uma síntese das condições de saúde da população brasileira, do acesso às ações e serviços e de questões estratégicas para a gestão do SUS. Já a segunda parte aborda as diretrizes e metas que deverão ser atingidas para o cumprimento dos objetivos do Plano.

Objetivos e Prioridades do PNS

O PNS atual (2012 a 2015) tem como objetivo aprimorar o SUS, e sua prioridade é o acesso universal, de qualidade e em tempo adequado, favorecendo melhores condições de saúde para a redução das desigualdades sociais e para a promoção da qualidade de vida da população brasileira.



Assimile

O Plano Nacional de Saúde orienta a gestão federal na saúde pelo período de quatro anos. É construído através de discussões entre Estados e Municípios por meio da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), e deve ser aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde.

As diretrizes de saúde são estabelecidas pelos Conselhos de Saúde, que conduzem a formulação política para que se alcancem os objetivos.

O conjunto de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores é acordado juntamente com as diretrizes nacionais estabelecidas pelo Conselho Nacional de Saúde. Quando houver necessidade de inclusão de indicadores por parte dos outros Estados e Municípios, devido às características e necessidades das localidades, esta inclusão deverá ser aprovada pelos conselhos de saúde do respectivo nível, ou seja, estadual ou municipal.

Os objetivos definem o que deve ser feito, demonstrando as circunstâncias que

devem ser alteradas por meio de estratégias e ações coordenadas no território.

Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e Lei Orçamentária Anual (LOA)

O modelo orçamentário brasileiro compreende três instrumentos: o Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA).

O Plano Plurianual (PPA) é um instrumento de governo que estabelece, a partir de programas e iniciativas, os recursos financeiros para todos os setores, no período de quatro anos, na perspectiva de integração entre planejamento e orçamento federal. O PPA contém as metas de governo e toma por base a agenda de saúde e as metas plurianuais contidas nos Planos de Saúde. É com base no PPA que é elaborada a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), contendo as orientações para a preparação do orçamento.

A Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) determina os preceitos necessários para a alocação dos recursos no orçamento a fim de garantir a realização das metas e objetivos definidos no Plano Plurianual (PPA). Uma das funções da LDO é ajustar as ações de governo formuladas no PPA e compatibilizá-las com os recursos orçamentários disponíveis no caixa do Tesouro Nacional, no período dos quatro anos, priorizando os programas incluídos no PPA e aqueles na execução do orçamento subsequente.

A Lei Orçamentária Anual (LOA) estima receitas e estabelece as despesas para um exercício financeiro, permitindo avaliar quais são as fontes de recursos públicos e quem são os beneficiários desses recursos.

Pode-se concluir que o PPA tem como função estabelecer as diretrizes, os objetivos e as metas de médio prazo da administração pública, e engloba todos os setores. Já a LDO relata anualmente as políticas públicas e suas respectivas prioridades para o exercício seguinte, enquanto a LOA tem como objetivos estimar a receita e fixar a programação das despesas para o exercício financeiro. Assim, a LDO, ao identificar no PPA as ações que receberão prioridade no exercício seguinte, torna-se o elo entre o PPA, que funciona como um plano de médio prazo do governo, e a LOA, que é o instrumento que viabiliza a execução do plano de trabalho do exercício a que se refere.



Refleta

Qual é a importância da compatibilização entre o Plano Nacional de Saúde e o Plano Plurianual?

Para a elaboração do Plano Nacional de Saúde há a necessidade de articulá-lo e sintonizá-lo com o Plano Plurianual, de maneira que seja feita uma programação

compatível com os recursos financeiros disponíveis para sua realização.

Na elaboração do Plano Nacional de Saúde (de 2012 a 2015) foi levado em consideração o Plano Plurianual, sendo feita a inter-relação do Programa, dos objetivos e das iniciativas do PPA com os respectivos objetivos, diretrizes e metas do Plano Nacional de Saúde.



Exemplificando

Veja como compatibilizar o Plano Nacional de Saúde com o Plano Plurianual:

Programa PPA	Objetivos do PNS
Aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde.	Aperfeiçoar o SUS para que a população tenha acesso integral a ações e serviços de qualidade, de forma oportuna, contribuindo assim para a melhoria das condições de saúde, para a redução das iniquidades e para a promoção da qualidade de vida dos brasileiros.
Objetivos do PPA	Diretriz
Garantir o acesso de qualidade em tempo adequado às necessidades de saúde dos cidadãos, melhorando a política de atenção básica e especializada.	Idem aos objetivos do PPA.
Iniciativas do PPA	Metas do PNS
Ampliação da Atenção Básica e Especializada em Redes de Atenção à Saúde, com qualificação das práticas e da gestão do cuidado, buscando resolutividade.	<ul style="list-style-type: none"> • 3.204 UBS construídas. • 6.000 UBS reformadas. • 10.000 UBS ampliadas.

Plano Municipal

O Plano Municipal de Saúde (PMS) define a responsabilidade da esfera municipal na situação de saúde dos seus munícipes. Para tanto, o PNS estrutura o conjunto das propostas de ação em relação aos problemas e às necessidades de saúde da população, seguindo os princípios e diretrizes que regem a política de saúde nos âmbitos nacional e estadual.

O PMS, além de auxiliar na gestão municipal da saúde, deve ser a base do planejamento integrado regional e contribuir para o planejamento e orçamento do Sistema de forma ascendente, do nível local ao federal.

O Plano Municipal de Saúde deve ser continuamente monitorado pelo gestor com o objetivo de adequar suas ações à Programação Anual de Saúde, pois é com base no Plano Municipal de Saúde que o gestor irá elaborar sua Programação Anual de Saúde (PAS) e o seu Relatório Anual de Gestão (RAG).

Para facilitar a elaboração do Plano Municipal de Saúde, o processo foi sistematizado em 12 passos:

1. Definição da equipe de trabalho para a elaboração do Plano Municipal de Saúde.

Recomenda-se que esta equipe seja composta por profissionais de diversos setores, como técnicos dos sistemas de informação em saúde, da vigilância em saúde e da Atenção Básica, além dos trabalhadores relacionados à administração e às finanças, entre outros que podem ser úteis na construção do plano, o que pode variar de acordo com a necessidade municipal.

2. Elaboração da Análise de Situação de Saúde (ASIS).

Fase na qual são identificados os problemas de saúde, a explicação e a priorização dos problemas e as necessidades de saúde da população.

3. Apresentação do resultado parcial da Análise Situacional de Saúde (ASIS) ao Conselho Municipal de Saúde para validação.

Os conselheiros devem aprovar a análise situacional de saúde após discutir com a equipe técnica e realizar proposições que se façam necessárias. Esta fase é importante para assegurar a participação social em todo o processo de planejamento e, ao mesmo tempo, permitir transparência no processo.

4. Priorização dos problemas identificados na ASIS.

5. Definição das Diretrizes do PMS.

As diretrizes devem orientar a formulação do PMS, sendo preciso propor encaminhamentos gerais das políticas de saúde nesta esfera de gestão, que estarão vinculados aos objetivos, às metas e às ações do governo para o setor. Portanto, devem ser consideradas: as propostas da gestão municipal para o setor da saúde, contidas no projeto político de governo e no Plano Plurianual (PPA) do município; as propostas aprovadas na plenária final das Conferências de Saúde, contidas nos relatórios das últimas conferências em âmbito municipal, estadual e nacional; as diretrizes estaduais para a saúde, contidas no Plano Estadual de Saúde em vigor; as diretrizes nacionais para a saúde, elaboradas pelo Conselho Nacional de Saúde e contidas no Plano Nacional de Saúde em vigor.

6. Formulação dos Objetivos, das Metas e das Ações do PMS.

7. Análise da viabilidade das ações do PMS.

Nesta fase é de fundamental importância que a definição de diretrizes, objetivos, metas e ações do PMS tenha sido articulada com as definições das diretrizes, dos programas e das ações do PPA municipal. Para tanto, recomenda-se a elaboração de uma planilha.

8. Elaboração da Previsão Orçamentária do PMS.

Devem ser identificados os recursos financeiros disponíveis, considerando a origem e natureza dos recursos advindos das esferas federal e estadual e do próprio município. Na sequência, é preciso investigar e definir os recursos orçados no PPA e correlacioná-los com as diretrizes, os objetivos, as metas e as ações definidas no PMS. Conseqüentemente, é fundamental que o período de vigência destes instrumentos seja igual (três anos da gestão atual e um ano da gestão seguinte).

9. Elaboração da sistemática de monitoramento e avaliação do PMS.

O monitoramento deve ser contínuo e em tempo adequado, permitindo, após uma breve avaliação situacional, a realização de uma intervenção fundamentada na análise do desempenho dos indicadores, se necessário.

10. Apresentação do PMS ao conselho municipal de saúde para apreciação e aprovação.

11. Publicação da resolução do CMS que aprova o PMS em órgão/veículo oficial de comunicação.

12. Formatação do documento final e divulgação do PMS.



Pesquise mais

Você poderá esclarecer dúvidas e aprofundar seus conhecimentos sobre os Planos Nacional e Municipal de Saúde por meio dos links a seguir:

PLANO Nacional de Saúde - PNS 2012-2015: Textos Básicos em Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/plano_nacional_saude_2012_2015.pdf>. Acesso em: 18 set. 2015.

SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE. **Manual prático de apoio à elaboração de Planos Municipais de Saúde**. 2. ed. rev. e atual. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Salvador: SESAB, 2013. Disponível em: <<http://www1.saude.ba.gov.br/obr/DOWNLOAD/MANUAL%20PR%C3%81TICO%20DE%20APOIO%20C3%80%20ELABORA%C3%87%C3%83O%20DE%20PLANOS%20MUNICIPAIS%20DE%20SA%C3%9ADE%202013.PDF>>. Acesso em: 18 set. 2015.



Faça você mesmo

Agora que entendemos como são construídos os planos de saúde e a importância de estarem alinhados com o Plano Plurianual, explique como compatibilizar os Planos de Saúde (Nacional e Municipal) com os recursos orçamentários no planejamento em Saúde, de maneira a assegurar a execução das programações de saúde.



Atenção!

Atenção aos instrumentos de Gestão em Saúde (Planos Nacional e Municipal de Saúde) e aos instrumentos de planejamento orçamentário (Plano Plurianual, Lei de Diretrizes Orçamentárias e Lei Orçamentária Anual). Perceba qual é a importância da articulação entre eles.



Lembre-se

Após ter lido o item Não Pode Faltar, você poderá aprofundar seus conhecimentos e esclarecer possíveis dúvidas por meio do material indicado:

MANUAL de apoio à elaboração dos Planos Municipais de Saúde. Secretaria de Saúde do Estado do Mato Grosso, 2014. Disponível em: <<https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=6&ved=0CDwQFjAFahUKEwjOjYSL6ojIAhVDE5AKHZgFAsM&url=http%3A%2F%2Fwww.saude.mt>>. Acesso em: 21 mar. 2015.

Sem medo de errar

Os Planos Nacional e Municipal de Saúde, bem como sua programação anual, são instrumentos específicos da saúde que devem estar em sintonia com os instrumentos gerais de planejamento e orçamento da administração pública, tais como:

- O Plano Plurianual (PPA), que estabelece as diretrizes, os objetivos e as metas da administração pública para quatro anos, principalmente aquelas relacionadas com as despesas de capital com programas e atividades de duração permanente.

- A Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), que compreende as metas e prioridades da administração pública, além das despesas orçamentárias para o período. É a partir da LDO que é definida a elaboração da lei orçamentária anual e são propostas alterações na legislação tributária.

- A Lei Orçamentária Anual (LOA), elaborada anualmente. A LOA define a receita e a despesa por programa do governo, além de fontes e alocações por órgãos do governo e da administração.

Para tornar possível a realização dos Planos de Saúde, sejam eles nacionais ou municipais, deve haver equilíbrio entre os recursos necessários e os recursos disponíveis para a execução das ações planejadas e entre os Planos Plurianuais (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei de Orçamento Anual (LOA).

Avançando na prática

Pratique mais	
<p>Instrução Desafiamos você a praticar o que aprendeu transferindo seus conhecimentos para novas situações que pode encontrar no ambiente de trabalho. Realize as atividades e depois compare-as com as de seus colegas.</p>	
Elaborando o Plano Municipal de Saúde do Município de Monte Baixo da Serra	
1. Competências de Fundamentos de Área	Conhecer e atuar em atividades planejadas, criando condições de produzir mudanças de comportamento desejadas em relação à saúde.
2. Objetivos de aprendizagem	Criar condições para que os alunos entendam a elaboração dos Planos Municipal e Nacional de Saúde e a importância de considerar as questões orçamentárias no planejamento das programações e ações em Saúde.
3. Conteúdos relacionados	Plano Municipal de Saúde, Plano Plurianual, Lei de Diretrizes Orçamentárias, Lei Orçamentária Anual, Programação Anual de Saúde, Plano Nacional de Saúde, Relatório Anual de Gestão.
4. Descrição da SP	O município de Monte Baixo da Serra está elaborando seu Plano Municipal de Saúde (PMS), e você, como profissional da Atenção Básica, foi convidado a compor a equipe técnica da Secretaria Municipal de Saúde. Na análise situacional de saúde identificou-se a necessidade de adequar e intensificar as ações de combate à dengue no município, tendo em vista o aumento no número de casos em relação ao mesmo período no ano anterior. Diante da situação do município, quais cuidados devem ser adotados na elaboração do Plano Municipal de Saúde?
5. Resolução da SP	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar na análise da situação de saúde no município as condições e os determinantes sociais e ambientais que podem estar influenciando a problemática. - Investigar as ações planejadas e executadas em relação à prevenção e ao controle da dengue, considerando o combate ao mosquito, o saneamento ambiental, a educação e mobilização da população, a assistência aos pacientes e a vigilância epidemiológica, monitorando indicadores.

	<ul style="list-style-type: none"> - Elaborar diretrizes do PMS após análise e discussão dos relatórios das Conferências de Saúde Municipal, Estadual e Nacional, da Programação Anual de Saúde e do Relatório Anual de Gestão do Município. Verificar a necessidade de ajustes na programação, considerando as diretrizes nacionais de prevenção e combate à dengue. - Discutir objetivos, metas e ações estratégicas e propor intervenções, considerando os recursos humanos, materiais e orçamentários disponíveis que serão envolvidos no programa. - Verificar no Plano Nacional de Saúde e no Plano Plurianual Municipal a programação no controle à dengue, os recursos técnicos disponíveis e os recursos financeiros orçados e disponíveis, compatibilizando-os.
--	--



Lembre-se

Você poderá aprofundar seus conhecimentos sobre o combate à dengue e compreender sua importância na elaboração do Plano Municipal de Saúde.

FERREIRA, I. T. R. N.; VERAS, M. A. S. M.; SILVA, Rubens Antonio. Participação da população no controle da dengue: uma análise da sensibilidade dos planos de saúde de municípios do Estado de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública** [online], v. 25, n. 12, p. 2.683-2.694, 2009. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v25n12/15.pdf>>. Acesso em: 18 set. 2015.



Faça você mesmo

Considerando que já foi realizada a análise situacional de saúde do município de Montes Baixos da Serra e que já foi selecionado um dos problemas prioritários, descreva os próximos passos a serem seguidos na construção do Plano Municipal de Saúde.

Faça valer a pena

1. O Plano Municipal de Saúde é elaborado:

- a) () Pela equipe de planejamento do município.
- b) () Pela equipe de planejamento e pelo setor de finanças do município.
- c) () Por uma equipe composta por profissionais de diversos setores.
- d) () Pela equipe de finanças do município.
- e) () Pelo secretário de saúde do município.

2. Podemos afirmar que o Plano Plurianual:

- a) () Define anualmente a receita e a despesa por programa do governo.
- b) () Estabelece, a partir de programas e iniciativas, os recursos financeiros para todos os setores.
- c) () Estima receitas e estabelece as despesas para o exercício financeiro do ano.
- d) () Define a programação anual da saúde.
- e) () Enuncia anualmente as políticas públicas e as respectivas prioridades para o exercício seguinte.

3. Na elaboração dos Planos Nacional e Municipal de Saúde deve ser feita a compatibilização com um instrumento orçamentário. Assinale a alternativa que indica corretamente o instrumento em questão:

- a) () Programação Anual de Saúde (PAS).
- b) () Relatório Anual de Gestão (RAG).
- c) () Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO).
- d) () Plano Plurianual.
- e) () Lei Orçamentária Anual (LOA).

Seção 4.4

Elaboração de plano de ação

Diálogo aberto

Lívia e Tania participam do projeto PET-Saúde, e terão de elaborar um Plano de Ação juntamente com as Equipes da Unidade de Saúde onde desenvolvem o projeto. Ambas participaram de um seminário, porém ficaram em dúvida sobre como selecionar os nós críticos durante a elaboração do plano. Elas solicitaram a ajuda da professora da disciplina de Formação Integral em Saúde, que as orientou a ler a seção 4.4 da webaula e do livro didático, pois pretendia discutir futuramente com a turma os 10 passos na elaboração do Plano.

Você está convidado para, ao final desta aula, responder ao questionamento das alunas, que é o seguinte: Como selecionar os nós críticos durante a elaboração do plano de ação?

Não pode faltar

A formulação do planejamento operacional, ou seja, do plano de ação, é sistematizada em passos.

Para a formulação do Plano de Ação é preciso ter realizado o diagnóstico situacional no território, ter levantado os problemas presentes na comunidade, bem como suas causas e consequências.



Assimile

Assimile os passos da elaboração do Plano de Ação, relacionando as ações que devem ser realizadas e a metodologia a ser adotada em cada passo.

Primeiro Passo - Definir os problemas: Uma vez definidos os problemas e suas causas, será necessário listá-los, para facilitar a escolha dos problemas prioritários.

Segundo Passo - Priorizar os problemas: Devido à dificuldade na resolução simultânea de todos os problemas identificados, em decorrência do tempo ou de recursos financeiros, humanos e/ou materiais, deverão ser escolhidos os problemas que serão enfrentados prioritariamente.

A seleção deve ser coletiva, com a participação de representantes da comunidade, que deverão juntamente com a equipe adotar critérios para a escolha dos problemas. Estes critérios podem ser pautados pelo grau de importância que o problema tem para o grupo, por sua urgência, por sua capacidade de resolução, ou por outro critério avaliado como relevante. Para facilitar a análise, pode ser elaborada uma planilha, classificando os problemas segundo o grau de importância (alta, média, baixa) e urgência (0-10), e de acordo com a habilidade para enfrentá-lo (presente, ausente ou parcial). Conforme a pontuação obtida, os problemas são ordenados em prioridade.



Exemplificando

Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade:

Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção de problemas prioritários
Lixo acumulado	Alta	5	Parcial	2
Transporte	Alta	5	Ausente	3
Saneamento	Alta	5	Ausente	4
Risco cardiovascular	Alta	7	Parcial	1
Violência	Alta	5	Parcial	2

Como pode ser observado, os problemas selecionados foram risco cardiovascular, violência e lixo acumulado.

Terceiro Passo - Descrever o problema selecionado: Este é o momento de compreender e descrever os problemas. Para isso, deve-se especificar o que caracteriza o problema, inclusive quanto a sua quantificação. Este é um passo muito importante para se ter clareza e, ainda, poder estabelecer indicadores que serão utilizados na avaliação do impacto alcançado pelo plano.



Exemplificando

Considerando o problema de risco cardiovascular, é possível colher

informações a respeito da porcentagem da população que está em condições de risco.

Exemplo: 40% da população com idade superior a 45 anos tem risco cardiovascular aumentado. Para descrever este problema podem ser usados como fonte os dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) ou dados de outras fontes que estejam à disposição da equipe. Assim, podem ser úteis: os dados que podem servir de indicadores (o quantitativo ou a frequência de hipertensos, diabéticos e tabagistas, que formam a população de risco cardiovascular), indicadores sobre a ação da equipe (quantitativo de hipertensos, diabéticos e tabagistas em controle na unidade, que participam de programas desenvolvidos e são acompanhados pela unidade) e ainda outros indicadores (internação e óbito devido ao risco cardiovascular).

Quarto passo - Explicar o problema: Nesta fase devemos apontar as causas do problema escolhido, a relação entre elas e explicá-las detalhadamente.



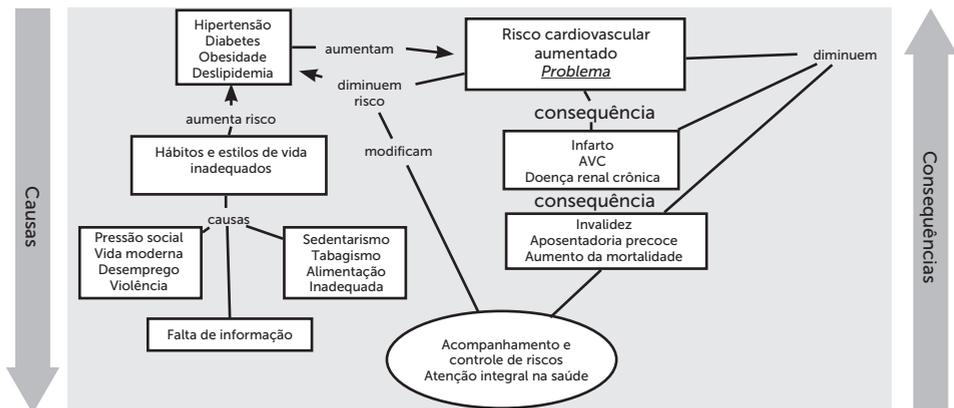
Refleta

Refleta sobre as causas do risco cardiovascular aumentado e sobre os determinantes do ambiente social e econômico, culturais e comportamentais. Em seguida, relacione os dados obtidos com a atenção e assistência à saúde.

Após fazer a análise causal do problema escolhido, elabore uma árvore de problemas, relacionando o problema, suas causas, a relação entre elas e possíveis consequências.

Veja a seguir um exemplo de árvore de problemas:

Figura 4.1 | Árvore de Problemas



Fonte: Elaborado pela autora.

Quinto passo - Selecionar os “nós críticos”: O nó crítico pode ser definido como a causa de um problema que, quando combatida, permite transformá-lo, por meio da intervenção realizada pelos responsáveis pelo planejamento.



Exemplificando

Dentre as causas, foram selecionados pela equipe os seguintes nós críticos: os hábitos e estilos de vida; a pressão social (desemprego e violência); o nível de informação; a estrutura dos serviços de saúde; o processo de trabalho da equipe de saúde.

Sexto passo - Desenhar as operações: Nesta fase serão elaboradas soluções e estratégias para a resolução do problema. Será preciso: relatar as operações (o conjunto de ações) para enfrentar os “nós críticos”; identificar os produtos (ações) e resultados para cada ação determinada; apontar os recursos essenciais para a execução das ações. É fundamental ter clareza dos conhecimentos e recursos econômicos, políticos e organizacionais (ou seja, da estrutura física, dos equipamentos, do pessoal) disponíveis para o desenvolvimento das ações.

Figura 4.2 | Desenho de Operações

Nó crítico	Operação/projeto	Resultados esperados	Ações esperadas	Recursos necessários
Hábitos inadequados.	Viver de maneira saudável. Modificação de hábitos de vida.	Diminuir em 15% o número de tabagistas e sedentários.	Caminhada, educação em escolas e indústrias.	Organizacional: equipe para organizar e mobilizar o público para as caminhadas. Cognitivo: informação sobre hábitos saudáveis e estratégias de comunicação. Político: se articular com escolas, empresas e indústrias da região. Financeiro: aquisição de recursos audiovisuais e impressos educativos.

Fonte : Adaptado Campos, Farias e Santos (2010).

Sétimo passo - Identificar os recursos críticos: Será necessário identificar os recursos críticos, ou seja, aqueles considerados essenciais para a execução de uma operação e que estão indisponíveis. É, portanto, preciso definir quais são os recursos críticos em cada ação, para estabelecer meios de providenciá-los. Para este fim, sugere-se fazer um quadro apontando os recursos críticos de cada ação definida.

Observe um exemplo na Figura a seguir:

Figura 4.3 | Operações *versus* Recursos Críticos

Operação/Projeto	Recursos críticos
Viver de maneira saudável	Político: articular apoio com instituições e lideranças locais. Financeiro: aquisição de equipamentos audiovisuais e impressos educativos.
Vida com qualidade	Organizacional: mobilização da comunidade e organização das equipes de saúde em torno da problemática do lixo acumulado e da violência. Político: articulação intersetorial e aprovação dos projetos. Financeiro: recursos financeiros para o projeto.

Fonte: Adaptado Campos, Farias e Santos (2010).

Oitavo passo - Analisar a viabilidade do plano: Considerando que os responsáveis nem sempre têm o controle do conjunto das ações, nesta etapa é importante refletir sobre quais são os atores (líderes, representantes) que possuem o controle das operações, ou seja, que dispõem dos recursos indispensáveis, e como eles se posicionam (se estão a favor, apoiando, disponibilizando recursos ou auxiliando em sua obtenção).

Objetivamente, deve-se apontar os responsáveis pelo controle dos recursos críticos necessários para a implementação de cada operação, analisar a motivação desses atores em relação ao plano e elaborar estratégias para motivá-los, a fim de dar viabilidade à operação.

A motivação pode ser classificada em: motivação contrária (se opõe), motivação indiferente (o recurso ainda não está garantido e nem há uma sinalização de que será disponibilizado) e motivação favorável (disponibilização de recursos).

Figura 4.4 | Ações para a motivação dos atores nas operações

Operação/Projeto	Recursos críticos	Ator responsável	Motivação	Ação estratégica
Viver de maneira saudável. Modificar hábitos de vida.	Político: articular apoio com instituições e lideranças locais. Financeiro: aquisição de equipamentos audiovisuais, impressos, educativos e equipamentos.	Associações de bairro e organizações locais. Secretaria de Saúde, setor de comunicação.	Alguns indiferentes. Favorável.	Apresentar o projeto e sua importância no território, os impactos da ação e a possibilidade de parcerias.

Vida com qualidade. Eliminar o lixo e a violência.	Organizacional: mobilização da comunidade em torno da problemática do lixo acumulado e da violência.	Associações de bairro e organizações locais.	Favoráveis.	Apresentar o projeto e sua importância no território e os impactos da ação.
	Político: articulação intersetorial e aprovação dos projetos.	Secretário de Saúde, de Educação, de Cultura e Lazer, ONGs, Sociedade Civil, Defesa Social e Judiciário.	Alguns indiferentes.	
	Financeiro: recursos financeiros para o projeto.	Secretário da Saúde.	Favorável.	

Fonte: Adaptado Campos, Farias e Santos (2010).

Nono passo - Elaborar o plano operativo: Neste momento é preciso definir quem se responsabilizará pelas respectivas operações e os prazos para a realização de cada uma delas.

Décimo passo - Gerenciar o plano: Esquematizar o modelo de gerenciamento do plano de ação e discutir e definir o processo de acompanhamento do plano e seus respectivos instrumentos. Exemplo:

Figura 4.5 | Gerenciamento do Plano de Ação

Projeto Viver Saudável

Ação	Responsáveis	Situação da ação	Justificativa	Prazo
Caminhada	Aline e Gilberto	Implantada há 28 dias.	-----	-----
Educação para uma vida saudável	Ana e Rui	Em implantação.	Agendamento nas escolas e indústrias do território.	30 dias.

Fonte: Adaptado Campos, Farias e Santos (2010).



Faça você mesmo

Elabore um plano de ação pensando no problema do lixo acumulado. Faça do quarto ao décimo passo do plano.



Pesquise mais

Agora você poderá pesquisar mais sobre o Plano de Ações. Acesse os links a seguir:

CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso de; FARIA, Horácio Pereira de; SANTOS, Max André dos. Planejamento e avaliação das ações em saúde. NESCON/UFMG: Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2. ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 110 p. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3872.pdf>>. Acesso em: 8 set. 2015.

MALTA, Deborah Carvalho; SILVA JR, Jarbas Barbosa da. O Plano de Ações Estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 22, n. 1, p. 151-164, 2013. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?pid=S1679-49742013000100016&script=sci_arttext>. Acesso em: 8 set. 2015.

Sem medo de errar



Atenção!

Releia os 10 passos na Elaboração do Plano de Ação e fique atento ao quinto passo.

Antes de discutirmos como selecionar os nós críticos, é importante relembrarmos seu conceito.

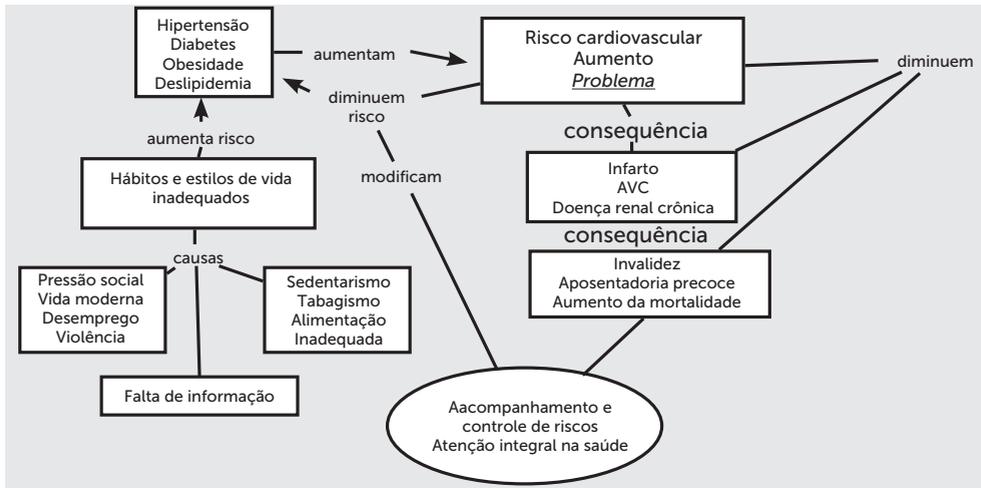
Nó crítico é a causa do problema que pode ser modificada por meio de ações realizadas pelos responsáveis pelo plano, ou seja, está sob o controle de quem planeja.

Para selecionar os nós críticos é importante conhecer todas as causas do problema e eleger as principais, que podem ser combatidas por meio de intervenções.

Vale lembrar que no passo anterior (quarto passo) foram definidas as causas e elaborado o esquema (a árvore de problemas), com base na análise de quais das causas são importantes e possíveis de serem enfrentadas com a execução de ações.

Exemplo: Utilizando a árvore de problemas a seguir, podemos destacar como causas, hábitos e estilo de vida inadequados: falta de informações, sedentarismo, tabagismo, alimentação inadequada, pressão social, vida moderna, desemprego e violência. Desta enumeração, os nós críticos são: falta de informação, sedentarismo, tabagismo, alimentação inadequada e violência. Estes são os nós críticos, e as demais causas não estão sob governabilidade, ou seja, não são passíveis de modificação direta pelo plano de ação da Unidade.

Figura 4.6 | Árvore de Problemas e Nós Críticos



Fonte: Elaborado pela autora



Lembre-se

Aprofunde seus conhecimentos por meio do link a seguir:

MARIN, Maria José Sanches et al. Planejamento das Ações em UBS: uma parceria ensino/serviço. **Saúde Coletiva**, v. 1, n. 1, p. 15-21, 2004. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/842/84226088002.pdf>>. Acesso em: 9 set. 2015.

Avançando na prática

Pratique mais

Instrução

Desafiamos você a praticar o que aprendeu transferindo seus conhecimentos para novas situações que pode encontrar no ambiente de trabalho. Realize as atividades e depois compare-as com as de seus colegas.

Elaborando um plano de ação no combate à mortalidade no primeiro ano de vida no território

<p>1. Competências de Fundamentos de Área</p>	<p>Conhecer e atuar em atividades planejadas, criando condições de produzir mudanças de comportamento desejadas em relação à saúde.</p>
<p>2. Objetivos de aprendizagem</p>	<p>Criar condições para que os alunos entendam o processo de elaboração do Plano de Ação.</p>

3. Conteúdos relacionados	Planejamento estratégico em Saúde. Diagnóstico situacional. 10 passos para a elaboração do Plano de Ação. Mortalidade infantil no primeiro ano de vida.
4. Descrição da SP	Uma equipe de Saúde da Família está preocupada com o elevado número de mortes no primeiro ano de vida no território. Como descrever e quais os descritores a serem utilizados para explicar o problema?
5. Resolução da SP	O descritor descreve, ou melhor, quantifica o problema. Ele pode ser utilizado, quando for bem formulado, como indicador que, na fase de gestão, servirá para o monitoramento do Plano. Os dados que servirão como descritores podem ser retirados dos registros da equipe no Sistema de Informação na Atenção Básica (SIAB). Problema: Ocorrência de óbitos até os 12 meses de vida. Descritor: Taxa de mortalidade no primeiro ano de vida na área em estudo é de 40/1.000 no ano de 2014.



Lembre-se

Você entenderá mais sobre a problemática da mortalidade infantil e ações para enfrentá-la ao acessar o link a seguir:

ANJOS, Gabriele dos; RÜCKERT, Isabel Noêmia; HOFFMANN, Juliana. **A formulação de uma política pública para redução da mortalidade infantil no Rio Grande do Sul**: o projeto de implantação de um protocolo de atendimento à gestante. 2011. Disponível em: <<http://www.fee.rs.gov.br/wp-content/uploads/2014/03/20140324096.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2015.



Faça você mesmo

Elenque as possíveis causas de morte no primeiro ano de vida e elabore a árvore do problema.

Faça valer a pena

1. Podemos conceituar nó crítico como:

- a) () Causas que podem ser modificadas para combater o problema.
- b) () Problema prioritário que pode ser modificado pelo plano.
- c) () Recurso necessário que não está disponível para combater o problema.

- d) () Consequências que podem ser modificadas no combate ao problema.
- e) () Conjunto de ações que combatem os problemas de modo prioritário.

2. A seleção dos nós críticos e a elaboração do Plano de Ação são importantes, pois a partir:

- a) () Do conhecimento destes se conhecem as causas.
- b) () Destes são elaboradas as soluções, ou seja, as estratégias de enfrentamento do problema.
- c) () Destes se conhecem os recursos críticos.
- d) () Destes se viabiliza o plano.
- e) () Destes se conhecem os problemas prioritários.

3. Na análise de viabilidade do Plano, para cada operação/projeto deve-se analisar:

- a) () O nó crítico, o ator responsável, sua motivação e a ação estratégica.
- b) () Os recursos críticos, os problemas prioritários e a ação estratégica.
- c) () As causas e consequências.
- d) () Os recursos críticos, o ator responsável, sua motivação e a ação estratégica.
- e) () O ator responsável e os prazos.

Referências

ARTMANN, Elizabeth. Planejamento Estratégico Situacional no nível local: um instrumento a favor da visão multissetorial. **Cadernos da Oficina Social**, n. 3, p. 98-119, 2000. Disponível em: <<http://chagas.redefiocruz.fiocruz.br/~ensp/biblioteca/dados/OPESNIVELOCALJavier.rtf>>. Acesso em: 1 set. 2015.

BERRETTA, Isabel Quint; LACERDA, Josimari Telino; CALVO, Maria Cristina Marino. Modelo de avaliação da gestão municipal para o planejamento em saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 27, n. 11, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011001100008>. Acesso em: 1 set. 2015.

BRASIL. **Plano de Saúde - PNS 2012-2015**: Textos Básicos em Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/plano_nacional_saude_2012_2015.pdf>. Acesso em: 18 set. 2015.

CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso de; FARIA, Horácio Pereira de; SANTOS, Max André dos. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. Belo Horizonte, 2010. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0273.pdf>>. Acesso em: 25 ago. 2015.

MALTA, Deborah Carvalho; SILVA JR, Jarbas Barbosa. O Plano de Ações Estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, 2013. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?pid=S1679-49742013000100016&script=sci_arttext>. Acesso em: 8 set. 2015.

BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado. **Manual prático de apoio à elaboração de Planos Municipais de Saúde**. 2. ed. revisada e atualizada. Salvador: SESAB, 2013. Disponível em: <<http://www1.saude.ba.gov.br/obr/DOWNLOAD/MANUAL%20PR%3%81TICO%20DE%20APOIO%20C%3%80%20ELABORA%3%87%3%83O%20DE%20PLANOS%20MUNICIPAIS%20DE%20SA%3%9ADE%202013.PDF>>. Acesso em: 18 set. 2015.

REMOR, Lourdes de Costa et al. Indicadores de saúde como apoio à gestão do Sistema Único de Saúde. *Inter Science Place*, v. 3, n. 15, p. 157-175, 2010. Disponível em: <<http://repositorio.furg.br/handle/1/697?show=full>>. Acesso em: 18 set 2015.



ISBN 978-85-8482-348-2



9 788584 823482 >